

concept

REGIOVISIE CURATIEVE ZORG FLEVOLAND 2001 - 2004

(versie 12 november 2001)

HOOFDSTUKINDELING

VOORWOORD		1	
HOOFDSTUK 1	CURATIEVE ZORG: DOMEIN, LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN EN REGIONALE AMBITIE	3	
	1.1 Inleiding	3	
	1.2 Domein van de curatieve zorg	3	
	1.3 Beleidsmatige ontwikkelingen in de curatieve zorg	4	
	1.4 Onze ambities voor Flevoland	7	
HOOFDSTUK 2	ZORGVRAAG EN ZORGGEBRUIK		9
	2.1 Inleiding	9	
	2.2 Gegevens over zorgvraag en –gebruik: de gekozen aanpak	9	
	2.3 Gezondheidssituatie in Flevoland	10	
	2.4 Zorggebruik	16	
	2.5 Kwalitatieve aspecten van de zorgvraag	23	
	2.6 Conclusies	24	
HOOFDSTUK 3	HUIDIGE AANBOD EN STRUCTUUR VAN DE CURATIEVE ZORG IN FLEVOLAND	26	
	3.1 Inleiding	26	
	3.2 Kwantitatieve aspecten van het zorgaanbod	26	
	3.3 Samenwerkingsrelaties tussen zorgorganisaties	30	
	3.4 Conclusies	33	
HOOFDSTUK 4	ONDERWERPEN DIE DE VRAAG NAAR EN ORGANISATIE VAN DE ZORG BEÏNVLOEDEN		35
	4.1 Inleiding	35	
	4.2 Onderwerpen die de vraag naar zorg beïnvloeden	35	
	4.3 Onderwerpen die de organisatie van de zorg beïnvloeden	42	
	4.4 Conclusies	50	
HOOFDSTUK 5	KNELPUNTEN EN OPLOSSINGSRICHTINGEN		51
	5.1 Inleiding	51	
	5.2 Positie van de zorgvrager	51	
	5.3 Vraag naar zorg		53
	5.4 Personeelsproblematiek		54
	5.5 Rol van de informele zorg	55	
	5.6 Structuur en organisatie van de curatieve zorg	55	
	5.7 Gewenste ontwikkelingen: agenda voor de toekomst	57	
BIJLAGEN		61	

VOORWOORD

Wij hebben als vijf partijen in de zorg gezamenlijk de regiovisie Curatieve Zorg Flevoland opgesteld: zorgvragers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en provincie.

De Regiovisie Curatieve Zorg Flevoland is een nadere uitwerking van de Kadernota Regiovisie Zorg Flevoland (1998). Dit voor ons logische gegeven is ten opzichte van andere provincies toch enigszins uniek, omdat deze sector bij de start van ons proces vrijwel nog nergens ter hand was genomen. Bijna alle regiovisies richten zich namelijk op de zorg die vanuit de AWBZ wordt gefinancierd en hebben daarmee betrekking op de care-sectoren: ouderenzorg, gehandicapten zorg, geestelijke gezondheidszorg en jeugdzorg. De curatieve zorg onderscheidt zich van de care-sectoren met name door het verschil in systeem van planning en verzekering en daarmee in de betrokkenheid van de zorgverzekeraars als regisseurs van het tweede compartiment. Er is nog een verschil met de regiovisies uit de care sectoren: de invloed van andere beleidsterreinen als wonen, werk / scholing en mobiliteit is relatief klein. Deze beleidsvelden hebben wij dan ook alleen meegenomen voor zover er een nadrukkelijke relatie kon worden gelegd met de curatieve zorg.

Ondanks deze unieke positie van de curatieve zorg zijn wij ervan overtuigd, dat het opstellen van de Regiovisie Curatieve Zorg Flevoland nuttig en wenselijk is. Ten eerste zijn er nauwe relaties met onderdelen van de care sectoren. Juist de afstemming op die snijvlakken is een van de kernpunten van regiovisies. Ten tweede is de situatie in Flevoland zodanig, dat verschillende onderdelen van de curatieve zorg aandacht verdienen. Het gaat dan in eerste instantie om het wegwerken van de gegroeide achterstandssituaties uit het verleden en van de huidige knelpunten. Daarnaast betekent de landelijk bepaalde woningbouwtaakstelling voor Flevoland, dat ook de curatieve zorg in de toekomst te maken heeft met de continue groei van het inwonertal.

Elk van de partijen heeft een rol in het realiseren van een kwalitatief goede en doelmatig georganiseerde curatieve zorg. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben wij vertaald in het onder-schrijven van knelpunten, gewenste ontwikkelingen en maatregelen om dat doel te bereiken.

Het proces van de Regiovisie Curatieve Zorg staat niet op zichzelf. Gemeenten hebben tot taak om nota's lokaal gezondheidsbeleid op te stellen. In Flevoland zijn zij samen met de GGD Flevoland hiermee al ver gevorderd en er heeft frequent inhoudelijke afstemming plaatsgevonden met de regiovisieprocessen. Op bestuurlijk niveau is afgesproken, dat deze afstemming na de totstand-koming van de regiovisie wordt gecontinueerd.

De wijze waarop wij tot het voorliggende product zijn gekomen is vergelijkbaar met hetgeen de provincie Flevoland voor alle regiovisieprocessen heeft opgezet. In een zestal discussiebijeenkomsten zijn alle aspecten van de regiovisie besproken. De resultaten van deze bijeenkomsten vormen de inhoud van de regiovisie. De conceptteksten zijn voorbereid door de provincie Flevoland. Dit gehele proces is ondersteund door Deloitte & Touche ICS Adviseurs in de persoon van dhr. R.J. Balkenende en vervolgens mw. A. de Rooy. Zij hebben als onafhankelijk voorzitter de discussies geleid, hebben tijdens het proces adviezen gegeven over opzet en uitvoering van de regiovisie. Dhr. R. Spits en later dhr. T.R. van der Weide van Deloitte & Touche ICS Adviseurs waren verantwoordelijk voor de verslaglegging van de bijeenkomsten. Er is gedurende het gehele traject niet alleen gewerkt met discussiebijeenkomsten. Al in het begin van het proces is een werkgroep ingesteld met als taak het verzamelen en analyseren van gegevens die de zorgvraag in beeld brengen. Deze werkgroep bestond uit medewerkers van Groene Land Achmea, GGD Flevoland en de provincie Flevoland. Tevens is halverwege het proces een "invitational conference" gehouden. Gestimuleerd door de inbreng van verschillende sprekers hebben de betrokkenen aan het regiovisieproces een levendige discussie gehouden rond het thema "Samenwerking in de curatieve zorg in Flevoland". De uitkomsten van die discussie zijn in de regiovisie verwerkt.

Tenslotte is bij de opzet van de regiovisie zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de onderdelen, zoals die zijn beschreven in het zgn. programma van eisen dat het Interprovinciaal Overleg (IPO) heeft opgesteld. De bedoeling van dat programma van eisen is om zoveel mogelijk eenheid te bereiken tussen de regiovisies, die in elke regio voor elk onderdeel van de zorg worden opgesteld.

Wij hebben gekozen voor de volgende hoofdstukindeling.

In hoofdstuk 1 is het domein van de curatieve zorg benoemd, zoals wij dit in Flevoland voor de regiovisie hebben aangehouden. Tevens zijn de belangrijkste ontwikkelingen binnen de curatieve zorg op landelijk niveau beschreven en vervolgens afgezet tegen de ambitie van partijen in Flevoland. Dit hoofdstuk dient daarmee als inhoudelijke “kapstok” voor de rest van de regiovisie. De vraag naar zorg staat ook in deze regiovisie centraal en wordt via een kwantitatieve en een kwalitatieve component weergegeven in hoofdstuk 2. De kwantitatieve component bestaat uit een analyse van de gebruikscijfers op provinciaal en landelijk niveau. Daarbij wordt aandacht besteed aan zowel het gerealiseerde gebruik in het verleden als aan de huidige situatie. Ook worden diverse meer kwalitatieve onderwerpen benoemd die een grote invloed (zullen) hebben op de vraag naar en de omvang van de zorg in Flevoland.

Het beschikbare zorgaanbod is in hoofdstuk 3 beschreven. Daarin is niet alleen de beschikbare zorg in aantallen plaatsen of beroepsbeoefenaren aangegeven, maar zijn ook de belangrijkste samenwerkingsrelaties benoemd.

De onderwerpen die de zorg in de toekomst zullen beïnvloeden zijn in hoofdstuk 4 aangegeven.

Wij hebben daarbij onderscheid gemaakt tussen onderwerpen die de vraag naar zorg beïnvloeden en onderwerpen die vooral betrekking hebben op de organisatie van de zorg.

In hoofdstuk 5 zijn de knelpunten en oplossingsrichtingen beschreven, die zijn gebaseerd op hetgeen in voorgaande hoofdstukken is aangegeven.

In de bijlagen is die informatie opgenomen, die daar het beste tot uiting komt. Het gaat dan onder andere om de bevolkingsprognoses en om voorspellingen over zorggebruik in de toekomst.

1. CURATIEVE ZORG: DOMEIN, LANDELIJKE ONTWIKKELINGEN EN REGIONALE AMBITIE

1.1 Inleiding

De regiovisie curatieve zorg Flevoland bouwt voort op de beleidsuitgangspunten en randvoorwaarden van de in 1998 door Provinciale Staten van Flevoland vastgestelde Kadernota Regiovisie Zorg (zie bijlage 1). Dit betekent, dat wij de hoofdlijnen van de Kadernota als werkkader hebben gehanteerd. Gezien de situatie waarin de curatieve zorg in Flevoland zich bevindt is het van groot belang, dat in deze regiovisie rekening wordt gehouden met zowel ontwikkelingen op landelijk niveau als met de wensen, knelpunten, ontwikkelingsmogelijkheden en ambities zoals die in Flevoland leven. Het op hoofdlijnen in beeld brengen van beide elementen is dan ook het begin van deze regiovisie. In de andere hoofdstukken zijn die elementen verder uitgewerkt. Wij vinden het van groot belang dat voorafgaand daaraan duidelijk wordt neergezet wat wij als regiovisiepartijen onder curatieve zorg verstaan. Het domein dus.

1.2 Domein

Wij benoemen als domein van de curatieve zorg alle vormen van preventie en medische hulpverlening die door de eerste lijn, (algemene) ziekenhuizen, revalidatiezorg en ambulancezorg worden geleverd.

De eerste lijn bestaat uit verschillende beroepsbeoefenaren: huisarts, paramedische beroepen, tandarts, verloskundige, apotheker zijn daarvan de belangrijkste. Maar ook bijvoorbeeld de Jeugd-gezondheidszorg van de GGD behoort daartoe. Hun rol en die van de algemene, topklinische en academische ziekenhuizen en instellingen voor revalidatie binnen de curatieve zorg is bij de betrokken partijen onomstreden. Over de rol van de ambulancezorg (steeds meer als "mobiele afdeling spoedeisende hulpverlening" dan als "transporteur van zieken" te kenschetsen) als onderdeel van de curatieve zorg bestaan ook weinig onduidelijkheden.

Het belang dat de bevolking hecht aan een goede gezondheid is onderstreept door een in januari 2001 gepubliceerde enquête van Bureau Lagendijk onder volwassen Nederlanders van 18 jaar en ouder. Op de vraag naar de grootste wens in het leven heeft 81 % van de ondervraagden "een goede gezondheid" genoemd. De tweede en derde grootste wens waren "een gelukkig gezinsleven" en "vriendschap" met respectievelijk 69 % en 61 %.

Echter, de mate waarin met name de zorg voor ouderen en de thuiszorg bij de regiovisie worden betrokken is een punt van discussie geweest. Wij hebben uiteindelijk daarin de lijn aangehouden dat deze zorgvormen erbij worden betrokken, voor zover ze direct als verwijzende of ontvangende instelling voor patiënten van ziekenhuizen functioneren. De patiënten die na een ziekenhuisopname worden geïndiceerd voor thuiszorg of verpleeghuis worden er dus wel bij betrokken, evenals de personen die door een huisarts of fysiotherapeut worden verwezen. De zelfstandig wonende ouderen die alleen thuiszorg ontvangen worden er niet toe gerekend.

1.3 Beleidsmatige ontwikkelingen in de curatieve zorg

Er zijn op landelijk niveau veel ontwikkelingen gaande die de verschijningsvorm en ontwikkelingskansen voor de curatieve zorg in Flevoland beïnvloeden. Veel van deze ontwikkelingen zijn door de rijksoverheid of haar adviesorganen beschreven in nota's en rapporten. Op de voor Flevoland belangrijkste ontwikkelingen gaan wij kort in.

In de reactie op de nota "Redesign van de eerste lijn" (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 1998) stelt de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), dat de verwachte ontwikkelingen in de vraag naar zorg (toename aantal ouderen, chronisch zieken en mensen met multiple gezondheidsproblemen) ingrepen in de eerste lijn en in de relatie met de intramurale zorg nodig maken. Samenwerking en gezamenlijke invulling van diverse transmurale zorgvormen staan dan, meer dan nu het geval is, centraal.

De huisartsenzorg is het belangrijkste onderdeel van de eerste lijn en vormt de hoeksteen van de totale zorg in Nederland. Deze beroepsgroep "ziet" vrijwel alle personen die gebruik maken van de

professionele zorg. Door hun brede kennis en ervaring en hun goede toegankelijkheid en bereikbaarheid kunnen zij het grootste deel van de gezondheidsklachten van hun patiënten oplossen. Hoewel in deze situatie in de afgelopen jaren weinig is veranderd, is de omgeving waarin de huisartsen hun werk doen wel veranderd. Zo hebben de extramuralisering van de zorg en de toenemende behoefte van huisartsen om parttime te werken gevolgen voor de kwaliteit en de organisatie van de huisartsengeneeskunde. De minister van VWS geeft in de "Zorgnota 2001" (september 2000) onder andere aan, dat de toekomst van de huisarts ligt in het samenwerken in grotere groepen en in professionele praktijkondersteuning. De solopraktijk zal dan geleidelijk verdwijnen. Maar hoe is de situatie in Flevoland op dit punt en welke keuzes maken wij voor de toekomst op dat punt? Zonder op het vervolg van de regiovisie vooruit te lopen geven wij alvast aan, dat er binnen Flevoland wat dat betreft grote verschillen bestaan en dat de oplossingen dan ook regionaal verschillend moeten zijn. Dit sluit natuurlijk niet uit, dat informatie en kennis binnen Flevoland onderling wordt uitgewisseld. De situatie bij de huisartsen is vergelijkbaar bij andere beroepsgroepen in de eerste lijn. De knelpunten en (mogelijke) oplossingen bij tandartsen en verloskundigen kunnen dan ook in dezelfde lijn liggen.

Begin 2001 hebben vertegenwoordigers van GGD Nederland, VGN en de ministeries van VWS en BZK het Nationaal Contract Openbare gezondheidszorg ondertekend. Op basis van dit contract streven partijen er naar om tot een betere afstemming te komen tussen lokaal en nationaal gezondheidsbeleid. Het gaat dan zowel om het leggen van relaties met andere beleidsterreinen als het op lokaal niveau beter afstemmen van dat beleid op de behoefte van doelgroepen. Veel aandacht zal dan uit moeten gaan naar de rol van de preventie, teneinde tot een gezondheidswinst te komen. Dit contract zal nadere invulling moeten krijgen op lokaal en regionaal niveau.

Medio 2000 is vervolgens de nota "Positionering algemene ziekenhuizen" verschenen. Deze nota, die door VWS in samenwerking met de NVZ Vereniging van ziekenhuizen en de Orde van Medisch Specialisten is opgesteld, is te zien als een beleidsagenda voor het werkkterrein van de algemene ziekenhuizen. Als centrale en ook voor ons relevante punten zijn genoemd:

- de gevolgen van de verschillen in grootte van ziekenhuizen;
- de wachttijden in de ziekenhuiszorg;
- de personeelsproblematiek.

Aanvullend op het eerste punt kan nog de relatie genoemd worden tussen de algemene ziekenhuizen en de academische ziekenhuizen en ziekenhuizen met topklinische verrichtingen. De samenhang zou naast verwijzing van patiënten op basis van specialisme ook gericht moeten worden op klinisch wetenschappelijk onderzoek en opleiding.

Tenslotte heeft de minister van VWS in januari 2001 de beleidsbrief "Modernisering Curatieve Zorg" opgesteld. In deze terug- en vooruitblikkende nota noemt de minister onder andere belangrijke ontwikkelingen en richtingen voor de curatieve zorg:

- meer vraagsturing in de zorg via deregulering;
- voortzetting van de samenwerking tussen ziekenhuisorganisaties en de medisch specialisten, tussen de beroepsbeoefenaren binnen de eerste lijn en tussen de eerste en tweede lijn;
- versterking van de positie van de huisartsen;
- versterking van de rol van patiënt in het zorgproces.

Via deelprojecten streeft de minister er naar om deze ontwikkelingen verder vorm te geven.

Het (spoedeisend) vervoer van patiënten wordt een steeds belangrijkere schakel in de curatieve zorg. De ambulances lijken wat betreft uitrusting en opleiding van het personeel steeds meer op een mobiel ziekenhuisbed. De gewenste kwaliteit van de te leveren zorg bij ongevallen is namelijk in de afgelopen jaren steeds groter geworden. Immers, de meeste kansen voor herstel na een ernstig ongeval is wanneer er zo snel mogelijk wordt ingegrepen (het zgn. "golden hour"). De situatie in Nederland en ook Flevoland is echter zodanig, dat op diverse plaatsen een dergelijke inzet door ambulances niet altijd kan worden gegarandeerd. Op landelijk niveau is daarom een onderzoek uitgevoerd naar de organisatorische (spreiding van standplaatsen en mate van paraatheid) en financiële knelpunten daarbij.

De revalidatiegeneeskunde staat in het teken van het leren omgaan met of het verminderen van lichamelijke beperkingen of stoornissen. Omdat de sociaal-maatschappelijke positie van de patiënt zo belangrijk is geworden, is de behoefte daaraan groot. De wens om ondanks een ziekte, ongeval

of aangeboren afwijking (weer) volwaardig deel te kunnen nemen aan de samenleving is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Onder invloed van medische, technologische en sociale veranderingen zijn de mogelijkheden hiertoe vergroot. De revalidatie is daarom een steeds belangrijker specialisme geworden dat in nauwe samenwerking met het ziekenhuis (met name orthopedie, interne geneeskunde, neurologie) en de eerste lijn functioneert. Tevens is de relatie met de ouderenzorg van groot belang, omdat een groot deel van de patiënten ouder is dan 55 jaar. Er worden steeds meer zorgketens ontwikkeld rond een bepaalde aandoening die worden gekenmerkt door zowel intensieve samenwerking met andere beroepsgroepen als specialisatie binnen het revalidatiecentrum. De reactivering van mensen die beperkingen hebben als gevolg van een beroerte (CVA) en de behandeling van multi-trauma ongevallen zijn daarvan voorbeelden.

De zorg voor ouderen is in de afgelopen jaren in Nederland sterk veranderd. Zo zijn de mogelijkheden voor verpleeghuis-geïndiceerde ouderen om thuis (een deel van) de zorg te ontvangen steeds meer benut. Dit is ook in Flevoland het geval: hiervoor verwijzen wij naar de Regiovisie Ouderenzorg.

In geheel Flevoland zal de vraag naar ouderenzorg in de komende jaren sterk toenemen, waarbij zo veel mogelijk een opname in het verpleeghuis wordt voorkomen. Een dergelijke opzet stelt hoge eisen aan de relatie met de eerste lijn, de thuiszorg en het algemeen ziekenhuis: een geïntegreerde aanpak dus. Zo'n aanpak heeft vorm gekregen in de gemeente Almere. Eén van de kenmerken is, dat de zorgverlening voor de eerste lijn, thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg binnen één organisatie valt. In deelgebied 1 is een vergelijkbare integratie gerealiseerd. Daar zijn het algemene ziekenhuis, de thuiszorg en het verpleeghuis ondergebracht in een holding.

Wij zien dat er ook binnen de curatieve zorg veel aandacht wordt geschonken aan de kansen en mogelijkheden om in toenemende mate zorg aan huis te leveren. De wens van de patiënt om zo lang mogelijk in de eigen woonomgeving zorg te ontvangen, de zorginhoudelijke ontwikkelingen die het leveren van extramurale zorg steeds meer mogelijk maken, alsmede de technologische ontwikkelingen bieden hiervoor steeds meer ruimte.

Het Health Management Forum (onderdeel van de Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg te Zoetermeer) heeft in juli 2000 een projectvoorstel opgesteld onder de titel "Stimulering modernisering van de zorg aan thuiswonenden". Doel van dit project is het beschrijven van het wenselijk toekomstbeeld op dit punt, mede aan de hand van ervaringen in enkele geselecteerde regio's.

In de afgelopen decennia is veel in de gezondheidszorg geïnvesteerd. Veel geld en aandacht is gegaan naar het doen van onderzoek en het ontwikkelen van nieuwe medicijnen en (behandel-) technieken. Bij vrijwel alle aandoeningen en ziekten heeft dit een positief effect gehad op de mate waarin patiënten effectief behandeld konden worden en daarmee op de kans op sterfte aan die ziekte. Zo is diabetes type 1 met een gerichte leefstijl en medicatie geen ziekte meer die "problemen" oplevert, waardoor de levensverwachting van de patiënten is toegenomen. Over het geheel genomen heeft deze ontwikkeling als effect, dat de levensverwachting in Nederland tussen 1970 en 1996 voor zowel mannen als vrouwen met ongeveer 4 jaar is gestegen. Maar het aantal jaren dat mensen in gezondheid leven is in die periode niet gestegen. Patiënten zijn door een behandeling of medische ingreep langer in leven gebleven, hetgeen ook logisch is: de ziekte wordt niet voorkomen maar de negatieve gezondheidseffecten worden beperkt. In nog weinig situaties kan de ziekte geheel worden genezen.

De hierboven genoemde (beleidsmatige) ontwikkelingen in de zorg hebben vooral betrekking op het aanbod en de structuur van de zorg. De positie van de zorgvrager is echter minstens zo belangrijk, vooral gegeven het feit dat één van de kerndoelen van de regiovisie is het versterken van de invloed van de zorgvrager op de zorg. Er zijn verschillende termen in omloop die aan deze invloed uiting geven. De belangrijkste daarvan zijn vraaggerichtheid en vraagsturing. Vraaggerichte zorg heeft in feite betrekking op de manier waarop patiënten en hulpverleners met elkaar omgaan. Vraagsturing heeft dan meer betrekking op de invloed die de vraag naar zorg heeft op het beleid en daarmee op de ontwikkeling van de zorg in de toekomst. Bij de totstandkoming van dat beleid gaat het er om de invloed van de zorgvragers te vergroten. Het gaat ons er om deze beide

ontwikkelingen te stimuleren.

Er is op verschillende fronten in toenemende mate op landelijk en regionaal niveau aandacht gekomen voor de positie van de patiënt in de zorg. Zo zijn er verschillende wetten en regelingen die ingaan op de mogelijkheden voor inspraak en betrokkenheid bij instellingen. Vanuit het ministerie van VWS zijn ter ondersteuning van die positie voor de komende jaren middelen beschikbaar gesteld. Deze zogenaamde Meerjaren-gelden zijn bedoeld om de regionale infrastructuur van de patiëntenbeweging te versterken. De ZorgGebruikersBundeling (ZGB) Flevoland heeft inmiddels verschillende projecten lopen die dat doel dichterbij moeten brengen.

1.4 Onze ambities voor Flevoland

De huidige situatie van Flevoland, gekenmerkt door een sterk en continu groeiend aantal inwoners en een nog onvolledig ontwikkeld stelsel van zorgvoorzieningen, vereist een bezinning op de vraag hoe vraag en aanbod in de toekomst op elkaar kunnen worden afgestemd. In het geheel van kansen en mogelijkheden zijn er diverse oplossingsrichtingen.

Kernvragen vanuit de patiënten daarbij zijn:

- Welke vorm(en) van zorg passen het beste bij de hulpvraag;
- Hoe krijg en houd ik zicht en invloed op het zorgproces;
- Waar ontvangt men het liefste de zorg (thuis of elders);
- Hoe wordt de zorg geleverd (oordeel over zowel de organisatie als de betreffende hulpverlener);
- Wat zijn de mogelijkheden en beperkingen van mantelzorg / informele zorg?

Vanuit het zorgaanbod zijn de volgende vragen te formuleren:

- Hoe kan het hulpverleningsproces (vanuit kwalitatief en bedrijfseconomisch opzicht) het beste worden georganiseerd;
- Zijn er andere organisaties nodig om aan de hulpvraag te voldoen en welke consequenties heeft dat voor de wijze van samenwerking en afstemming;
- Waar ligt de grens van het in principe binnen Flevoland willen voldoen aan alle zorgvragen;
- Wat zijn de consequenties van het huidige en verwachte tekort aan beroepskrachten in de zorg?

De verzekeraars, zijnde de regisseurs van de curatieve zorg, hebben tenslotte de volgende speerpunten geformuleerd:

- Hoe kunnen kwaliteit en toegankelijkheid van de curatieve zorg het beste worden gewaarborgd;
- Hoe kan die zorg zo efficiënt mogelijk worden georganiseerd;
- Hoe kunnen de wachttijden zo kort mogelijk worden gehouden?

Het beantwoorden van deze vragen heeft voor ons het doel de kwaliteit van zorg in Flevoland te verbeteren. Anders gezegd: wij streven er naar om met het stijgen van de gemiddelde leeftijd ook het aantal gezonde levensjaren toe te laten nemen. De kwaliteit van het leven zal daardoor omhoog gaan. Wij zijn van mening, dat meer aandacht voor preventie en voor het in een vroeg stadium opsporen van aandoeningen de leeftijd kan verhogen, waarop die aandoeningen negatieve gezondheidseffecten met zich mee brengen. Daarnaast blijft uiteraard de aandacht nodig voor het geheel genezen van aandoeningen.

Bij deze benadering houden wij rekening met het feit, dat de situatie in Flevoland niet overal gelijk is. Om knelpunten, oplossingsrichtingen en betrokken partijen zo concreet mogelijk te benoemen hanteren wij de geografische indeling in deelgebieden:

- deelgebied 1: gemeenten Noordoostpolder en Urk;
- deelgebied 2: gemeenten Dronten, Lelystad en Zeewolde;
- deelgebied 3: gemeente Almere.

Wij hebben de ambitie om de volgende zaken te bereiken.

Patiënten hechten aan een duidelijk en herkenbaar aanspreekpunt, bijvoorbeeld in de vorm van een case-manager. Dit geldt in eerste instantie voor de eerste lijn, maar ook in een ziekenhuis is behoefte aan één contactpersoon. Een aspect hiervan is, dat de patiënt zo goed mogelijk op de hoogte wordt gehouden van zijn of haar zorgproces. Een sterke ontwikkeling van het zorgaanbod is noodzakelijk, alleen al omdat daardoor de keuze voor de patiënt groter wordt. Informatie over de kwaliteit en kwantiteit van het zorgaanbod is daarbij cruciaal.

Bij de zorgaanbieders staan drie zaken centraal.

Ten eerste zouden instellingen onderling overeen moeten komen over wat de wenselijk geachte prestaties zijn en vervolgens hierover afspraken maken met de verzekeraars. Deze werkwijze houdt bijvoorbeeld in, dat instellingen bepalen wie welk deel van de patiënten in een jaar voor zijn rekening neemt. Dergelijke afspraken blijken in de praktijk een positief effect te hebben op de kwaliteit van de zorg en op de ontwikkeling van de samenwerking tussen instellingen.

Ten tweede zouden aanbieders, gezien de enorme groei van het inwonertal in de toekomst zoals die blijkt uit de 5^e nota Ruimtelijke Ordening, na moeten gaan op welke wijze ze gezamenlijk de consequenties ervan voor de zorg kunnen organiseren. Dit kan goed in de vorm van samenwerking of ketenvorming.

Ten derde zullen de mogelijkheden om nieuwe vormen van zorgaanbod te ontwikkelen beter moeten worden benut. Dan zullen de beperkingen in regelgeving en beschikbaarheid van personeel wel moeten worden opgelost.

In alle drie de gevallen staan de vragen “wat”, “waarom” en “waar” centraal. In deze regiovisie proberen wij de beantwoording van die vragen een flinke impuls te geven.

Bij de verzekeraars tenslotte gaat het dan om het bereiken van de ambitie, dat met de beschikbare middelen een efficiënte, doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg aan alle patiënten in de curatieve zorg wordt geleverd.

2. ZORGVRAAG EN ZORGGEBRUIK

2.1 Inleiding

De eerste stap in de regiovisie Curatieve Zorg is het beschrijven van de zorgvraag en zorggebruik op dit moment. De resultaten daarvan vormen logischerwijs de basis voor het in beeld brengen van de vraag in de toekomst.

De wijze waarop wij dit hebben gedaan wijkt echter noodgedwongen af van deze lijn. Er zijn namelijk weinig gegevens over de vraag zelf, laat staan dat er dan zinvolle uitspraken kunnen worden gedaan over de vraag in de toekomst.

Toch is inzicht gekregen in de vraag naar en het gebruik van zorg: de manier waarop is in dit hoofdstuk als eerste benoemd. Daarna geven wij inzicht in de gezondheidssituatie van de Flevolandse bevolking (met op onderdelen een vergelijking met die van de Nederlandse bevolking) en in het zorggebruik. Per onderdeel is een samenvatting van die effecten in een kader weergegeven. Tenslotte beschrijven wij verschillende aspecten van zorgvraag en zorggebruik die kwalitatief van aard zijn.

2.2 Gegevens over zorgvraag en –gebruik: de gekozen aanpak

Het hanteren van de zorgvraag als leidend beginsel voor de regiovisie Curatieve Zorg is in de praktijk moeilijker dan het formuleren van dit uitgangspunt. Bij alle regiovisieprocessen in Flevoland (en in Nederland) speelt dit probleem. Er is nauwelijks informatie over de latente vraag, terwijl ten aanzien van de manifeste vraag eigenlijk alleen goede informatie is over het gebruik van intramurale voorzieningen.

Wij hebben bij deze regiovisie gekozen voor een opzet, waarbij zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie over de vraag naar zorg in beeld wordt gebracht. Voor beide soorten gegevens geldt echter, dat ze lang niet volledig zijn en derhalve slechts een benadering geven van de feitelijke vraag naar zorg.

Bij de kwantitatieve gegevens is eigenlijk alleen informatie beschikbaar over het gebruik van het zorgaanbod en dan met name over de productiecijfers van intramurale instellingen. Het gebruik van veel andere vormen van zorg is vervolgens vrijwel alleen indirect te verkrijgen: landelijke cijfers worden dan (rekening houdend met o.a. de demografische kenmerken van de bevolking) omgerekend naar de Flevolandse situatie. In dat kader is het van belang om te weten of de gezondheidssituatie van de inwoners van Flevoland afwijkt van die van de inwoners in Nederland als geheel. Ter voorkoming dat er “uit wanhoop” een berg gegevens wordt verzameld waar geen conclusies uit kunnen worden getrokken, hebben wij gekozen voor een model waarin de belangrijkste onderdelen zijn benoemd waarover gegevens moeten worden verzameld. In bijlage 2 is dit model beschreven. Voor zover er dan nog gegevens ontbreken zullen ze in een later stadium gericht worden opgevraagd.

Naast de “cijfers” is informatie over ervaringen met het gebruik van de zorg onontbeerlijk: oordeel over kwaliteit, omvang, spreiding en organisatie van de zorg, alsmede de informatievoorziening. Over deze onderwerpen is zo mogelijk nog minder informatie beschikbaar. De belangrijkste informatie komt van de kant van de zorgvragers in Flevoland en betreft de rapportages van het Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg (IKG) en de paneldiscussies. De paneldiscussies zijn speciaal voor het regiovisieproces gehouden.

Met deze benadering gaan wij ervan uit een goed beeld te kunnen krijgen van de huidige situatie in Flevoland voor deze regiovisie. Onze aspiraties om via de regiovisie het vraaggestuurd zorgaanbod ook beleidsmatige uitspraken te doen over de vraag naar zorg in de toekomst hebben we helaas in deze eerste generatie regiovisie Curatieve Zorg onvoldoende kunnen realiseren. Alle betrokken partijen zijn op basis van de voorliggende resultaten overtuigd van de noodzaak voor de volgende versie van de regiovisie het nodige te doen om die ambitie wel te realiseren.

2.3 Gezondheidssituatie in Flevoland

Het doel van deze paragraaf is om de gezondheidssituatie van inwoners van Flevoland in beeld te krijgen. Dit is van belang om conclusies te trekken uit de trends in de vraag en de consequenties

daarvan voor het te ontwikkelen zorgaanbod in de toekomst.

Het bepalen van de gezondheidstoestand is geen gebruikelijke actie: er is geen (beproefde) methode voor. Daarom wordt aan de hand van enkele onderwerpen getracht de effecten van preventieve activiteiten in beeld te brengen. De keuze van de onderwerpen is vooral bepaald door het feit, dat hierover regionale en (veelal) landelijke gegevens beschikbaar zijn. Wel moet daarbij de opmerking worden gemaakt, dat in veel gevallen helaas geen onderscheid is te maken tussen gebieden binnen Flevoland.

Het aandeel pasgeborenen dat voor controles wordt gemeld bij het consultatiebureau (CB) ligt in Flevoland tussen de 95% en 98%. Via het fijnmazige netwerk van die bureaus wordt het grootste deel van de kinderen onderzocht op allerlei lichamelijke en psychosociale ontwikkelingen. Het bereik in Flevoland wijkt niet veel af van dat in Nederland, maar ligt wel iets hoger.

In november 1999 is de themadag Flevogezond gewijd aan de zorg voor kinderen van 0 tot 4 jaar. De rol van het consultatiebureau was een van de onderwerpen die daar aan de orde kwam. Controles op dit bureau richten zich op alle aspecten van gezondheid en welzijn van het kind: lichamelijk en psycho-sociaal. De resultaten zijn daarmee een eerste peiling voor de gezondheidstoestand van kinderen. Tijdens de discussie kwam de vraag naar voren, of consultatiebureaus zich ook op opvoedingsvragen zouden moeten richten en daarmee meer contact zouden moeten onderhouden met kinderdagverblijven en peuterspeelzalen. Als conclusie is getrokken, dat dit gewenst was en dat deskundigheidsbevordering van disciplines die betrokken zijn bij preventie en vroeghulp gewenst is. Tevens is het noodzakelijk, dat er op verschillende aspecten gegevens worden verzameld. Uit landelijk onderzoek is gebleken, dat met name onder etnische groepen de ouders hun kinderen (te) laat naar de huisarts brengen. Dergelijke kinderen hebben vaker infectieziekten en komen met gemiddeld ernstigere kwalen naar de arts. Verschillen in taal en cultuur zijn de belangrijkste verklaringen hiervoor.

Verschillende ziekten kunnen worden voorkomen door de vaccinatie van kinderen. Dit vindt plaats op verschillende leeftijden: 0-2 jaar, 5 jaar en 9 jaar. Het opkomstpercentage schommelt voor Flevoland in alle gevallen rond de 95%. Ook dit aandeel ligt iets boven de landelijke opkomst. Over het algemeen wordt de uitval verklaard door ouders die uit geloofsovertuiging hun kinderen niet laten vaccineren en door allochtonen vanwege een taal- en/of cultuurbarrière.

De GGD Flevoland voert vanaf 1994 in alle gemeenten preventief gezondheidsonderzoek uit onder kinderen op basisscholen. In 2000 hebben hier ruim 9.100 kinderen aan mee gedaan. Na onderzoek op een groot aantal aspecten wordt bij ongeveer één derde van de leerlingen niets gevonden. Dit aandeel is door de jaren heen vrij constant. Er zijn vooral problemen gevonden bij de items gewicht (in verhouding tot lengte), cariës, lichaamshouding, gezichtsvermogen/gehoor/spraak/taal, gedragsproblemen, opvoedingsproblemen en leerproblemen. Elk van deze items wordt bij ongeveer 10 % van de leerlingen gevonden. Tenslotte zijn in 2000 iets minder van 50 % van de kinderen (naar aanleiding van een of meer signalen) voor een vervolgonderzoek opgeroepen. Uiteindelijk is een klein deel verwezen naar een huisarts of specialist, meestal in verband met het functioneren van zintuigen of met psychosociale problemen. Alleen voor dit laatste onderdeel bleken de verschillen tussen gemeenten aanwezig: in Almere lag het aandeel verwijzingen hoger dan in de rest van Flevoland.

Astma is een chronische aandoening aan de luchtwegen en wordt steeds vaker bij kinderen geconstateerd. Tussen 1985 en 1995 hebben artsen bij leerlingen van de basisschool ruim tweemaal zo vaak de diagnose astma geconstateerd. Passief roken, en blootstelling aan allergene stoffen (bijvoorbeeld door slechte ventilatie in woningen) zijn waarschijnlijk hiervan de oorzaak.

In Almere bestaat het vermoeden dat astma naar verhouding vaker voorkomt dan elders in Nederland. Als deze aandoening op jonge leeftijd wordt ontdekt en goed en langdurig met medicijnen wordt behandeld, dan zijn de gevolgen op latere leeftijd beperkt. Het Flevoziekenhuis te Almere heeft onderzoek gestart onder kinderen tussen 7 en 16 jaar, genaamd het Almere Astma Project. Doel van het onderzoek is het krijgen van inzicht in de

effecten van de ondersteuning van de kinderarts bij de behandeling door de huisarts. De resultaten van het onderzoek zijn in 2003 bekend.

De vier-jaarlijkse enquête van de GGD Flevoland onder jongeren van 12 tot 23 jaar uit 1998 biedt op verschillende onderdelen gerichte informatie. Enkele in het oog springende uitkomsten zijn:

- ruim driekwart van de jongeren oordeelt "goed" over de eigen gezondheid. Wel lag het oordeel positiever bij jongens dan bij meisjes en werd het oordeel negatiever naarmate men ouder is;
- deelname aan sport in verenigingsverband is ten opzichte van de enquête in 1995 iets gedaald;
- het gebruik van de brommerhelm en autogordel is tussen 1995 en 1998 afgenomen;
- iets meer dan 95 % van de jongeren gaat minstens 1 keer per jaar naar de tandarts. Onder Antilliaanse en Turkse jongeren ligt dit aandeel op 80 %;
- ongeveer 30 % van de jongeren heeft in de drie maanden voorafgaand aan de enquête contact gehad met een huisarts. Bij meisjes stijgt dit aandeel met de leeftijd van 30 % tot 55 %, terwijl het bij jongens dit op 30 % blijft liggen. Onder Antilliaanse en Turkse jongeren ligt dit percentage boven de 50 %;
- gemeten naar de woongemeente varieert het bezoek aan de huisarts binnen Flevoland van 30 % in de Noordoostpolder tot 41 % in Lelystad en Almere. Voor Flevoland als geheel ligt het op 40 %.
- gemiddeld is 5 % van de jongeren (gedurende het jaar voorafgaand aan de enquête) opgenomen in een ziekenhuis en is 20 % van de jongeren in Flevoland behandeld door een specialist.

Er blijken vrijwel geen verschillen te zijn tussen de gemeenten in Flevoland. Uitzonderingen hierop vormen het meer voorkomen van cariës op Urk (tussen de 30% en 60 %) en van opvoedings- en gedragsproblemen in Zeewolde.

Er zijn vrijwel geen gegevens die over de gezondheid van jeugd en jongeren een vergelijking met de situatie in Nederland mogelijk maken. Desondanks gaan wij ervan uit, dat ze in Flevoland gemiddeld ten minste net zo gezond zijn als de leeftijdgenoten in de rest van Nederland. Een goede screening en vervolgonderzoeken zijn uitermate belangrijk en leiden ertoe, dat er sprake kan zijn van een gunstige startpositie voor de gezondheid van jeugd en jongeren (al is uiteraard hiermee nog geen garantie gegeven voor een gezond leven in de toekomst).

Er zijn twee preventieve onderzoeken onder volwassen vrouwen die een goed inzicht geven in het voorkomen van aandoeningen. Deze aandoeningen waren in het verleden een belangrijke oorzaak waren van sterfte: baarmoederhalskanker en borstkanker. Omdat beide onderzoeken landelijk worden gehouden, kan de situatie in Flevoland daarmee worden vergeleken. In beide gevallen is het opkomstpercentage en het aantal gevallen met een positieve uitslag van belang.

- De opkomst in 2000 bij de eerste oproep voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker onder alle vrouwen van 30 tot en met 60 jaar ligt voor Flevoland op 56 %. De verschillen tussen de gemeenten zijn klein en bedragen enkele procentpunten. Wel ligt de opkomst voor enkele gemeenten hoger dan in 1995. Na herhalingsoproepen komt voor de meeste gemeenten de opkomst op 60 %, hetgeen nauwelijks afwijkt van het gemiddelde in Nederland. Belangrijker dan de opkomst is de dekkingsgraad: deze ligt hoger omdat vrouwen die zwanger zijn dan wel bij wie de baarmoeder al is verwijderd niet voor het onderzoek worden opgeroepen. Als met deze "uitval" rekening wordt gehouden, dan komt de dekkingsgraad iets hoger uit.

- Het opkomstpercentage voor het bevolkingsonderzoek borstkanker ligt in Flevoland hoger dan bij het onderzoek baarmoederhalskanker. Gemiddeld heeft van de in de periode 1996-1997 opgeroepen groep vrouwen 77% gehoor gegeven aan de oproep voor zo'n onderzoek. De verschillen tussen de gemeenten zijn groter dan bij het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker: dit varieert tussen 71 % (Urk) en 87 % (Noordoostpolder). Het gemiddelde voor Nederland ligt op 78 %. Ook bij dit onderzoek wijkt de situatie in Flevoland dus niet echt af van die in Nederland.

Gemiddeld ondergaat in Flevoland 0,8 % van de opgeroepen vrouwen een vervolgonderzoek. Omdat het in absolute zin om een klein aantal personen gaat (namelijk 131 in de periode 1994-1997), wordt niet verder ingegaan op verschillen tussen de gemeenten. Voor geheel Flevoland blijkt bij ongeveer de helft van deze 131 vrouwen borstkanker te zijn geconstateerd. De cijfers voor geheel Nederland liggen in dezelfde orde van grootte.

De verwachting over de effecten van het onderzoek is positief. In 1998 is geconstateerd, dat (voor het eerst sinds 10 jaar geleden het bevolkingsonderzoek is gestart) de sterfte onder vrouwen tussen 55 en 74 aan borstkanker lager was. Van de 832.000 in 1998 opgeroepen vrouwen werd bij 2.800 borstkanker geconstateerd.

De opkomstcijfers van vrouwen bij de bevolkingsonderzoeken naar baarmoederhals- en borstkanker ligt in Flevoland op hetzelfde niveau als gemiddeld in Nederland. Rekening houdend met de verschillen in leeftijdsopbouw zou het aantal nieuwe gevallen bij beide vormen van kanker vrijwel gelijk moeten zijn.

Het nut van bevolkingsonderzoeken wordt onderstreept door een geleidelijk lager sterftecijfer onder vrouwen in de risicoleeftijd en een geringere kans op ingrijpende behandelingen indien het onderzoek op jonge leeftijd plaatsvindt.

- Gedurende de afgelopen jaren is een sterke toename te constateren in het aantal aangiften voor infectieziekten: van 57 in 1993 tot 333 in 2000. Die toename is, naast de groei van de bevolking, vooral toe te schrijven aan de uitbraak van voedselvergiftiging op een camping in het Kotterbos. Afgezien van die uitbraak is deze ontwikkeling ook landelijk te zien, zodat Flevoland hierin niet echt afwijkt. Ten aanzien van kinkhoest is nog te melden, dat de stijgende lijn op landelijk en provinciaal niveau komt omdat het vaccin niet meer voldoet en vrijwel is uitgewerkt. Er is nog geen nieuw vaccin beschikbaar.

Er zijn vier factoren die een toename van het aantal aangiften zullen vergroten:

- voor verschillende aandoeningen is de wijze van registratie veranderd. Zo is het vanaf medio 1999 verplicht om ook nieuw gediagnostiseerde hepatitis B dragers te melden;
- de meldingsplicht is uitgebreid naar bepaalde instellingen zoals Medisch Kleuter Dagverblijf en scholen;
- het aantal mensen dat op vakantie gaat naar gebieden waar inentingen voor verplicht zijn, wordt beter geïnformeerd over die plicht. Dit komt vooral tot uiting in het aantal bezoekers op het reizigers advies- en vaccinatiesprekruur van de GGD, dat is toegenomen van 4.500 in 1994 tot ruim 9.800 in 1999. Vooral het aantal vaccinaties tegen hepatitis A, DTP, gele koorts en meningococci (i.v.m. hersenvliesontsteking) is in die periode sterk gegroeid. Een probleem is, dat een groeiend aantal reizigers onbeschermd via een "last minute" op reis gaan;
- het aantal asielzoekers en vluchtelingen met vooral hepatitis B en TBC stijgt. Hoewel het om relatief weinig mensen gaat, is het belang van medische zorg voor deze groep groot. De Stichting Medische Opvang Asielzoekers heeft de verantwoordelijkheid op dit punt voor bewoners van asielzoekerscentra. De GGD Flevoland voert een deel van de betreffende werkzaamheden uit.

De ontwikkelingen in het aantal gevallen van infectieziekten tussen Flevoland en Nederland zijn vrijwel gelijk.

De leefgewoonten en dan vooral roken, drinken en sport zijn een zeer belangrijke indicator voor gezondheid en beroep op zorg. De gegevens hierover zijn ontleend aan de enquêtes die de GGD Flevoland onder jongeren (1998), volwassenen (1996) en ouderen (2000) heeft gehouden.

- Van de jongeren in Flevoland tussen 12 en 23 jaar geeft ruim een kwart aan te roken. Met de leeftijd groeit het aantal rokers en het aantal sigaretten per dag. De "straffe" rokers (meer dan 1 pakje per dag) wonen vooral in Almere, Lelystad en Dronten. Ten opzichte van de enquête in 1995 is het aandeel rokers iets gestegen.

Van de volwassenen in Flevoland van 19 tot en met 54 jaar zegt 65 % aan niet (meer) te roken. Binnen deze groep is er nauwelijks een verschil naar leeftijd. Wel roken er meer mannen dan vrouwen en is het aandeel rokers in Lelystad en Urk ook groter dan gemiddeld voor Flevoland. Bijna 40 % van de rokers gebruikt minimaal 1 pakje per dag.

- Iets meer dan de helft van de jongeren zegt (bijna) nooit alcohol te drinken. Er zijn echter grote verschillen als naar de leeftijd wordt gekeken. Rond het dertiende levensjaar ligt het aantal niet drinkers op 80%, daarna daalt het uiteindelijk tot 10 %! Van de alcohol drinkende jongens in de leeftijd van 14 tot en met 17 jaar consumeert

20 % meer dan 12 glazen per weekend. In de groep 18 tot en met 23 jaar vertoont eenderde van de jongens dit gedrag. Onder meisjes zijn dergelijke getallen een uitzondering: van hen drinkt ruim

10 % meer dan 12 glazen per weekend. Jongeren zijn tussen 1995 en 1998 duidelijk meer alcohol gaan gebruiken. Vooral het aantal jongeren dat gemiddeld 6 tot en met 12 glazen per weekend drinkt is gestegen.

Gemiddeld driekwart van de Flevolandse volwassenen drinkt (wel eens) alcohol. Alleen op Urk is dit aandeel lager met 60 %. Bij zowel mannen als vrouwen neemt de hoeveelheid alcohol toe met de leeftijd: in de leeftijdsgroep 45 tot en met 54 jaar drinkt van de mannen zelfs 25 % elke dag. Bij de vrouwen ligt dit op 15 %.

- Het aandeel jongeren in Flevoland dat in 1998 in verenigingsverband aan sport doet lag in 1998 gemiddeld op 50 %. In de grotere gemeenten Almere en Lelystad was dit aandeel echter lager: ongeveer 45 %. Twee andere aspecten die verschil geven in deelname zijn leeftijd en geslacht. Jonge kinderen sporten vaker dan de ouderen: geeft 8 % van de 12 en 13 jarigen aan nooit aan sport te doen, voor de leeftijdsgroep 18 tot 23 jaar is dit opgelopen tot 22 %. Bij meisjes liggen deze beide aantallen hoger: respectievelijk 12 % en 29 %. Tenslotte doen de Turkse jongeren het minste aan sport.

Bij de volwassenen ligt het deelnamepercentage aan sport in verenigingsverband ongeveer gelijk aan dat van de jongeren. Ook loopt de deelname aan sport af met de leeftijd en sporten vrouwen minder vaak dan mannen.

Op basis van de specifiek op volwassenen gerichte informatie is te zien, dat de situatie in Flevoland niet afwijkt van die in Nederland. Omdat er vrij veel informatie beschikbaar is (zowel regionaal als landelijk), zouden leefgewoonten een goed aanknopingspunt kunnen zijn voor meer aandacht voor preventie.

- Er zijn relatief veel cijfers beschikbaar over het aantal en de aard van verkeersongelukken in Flevoland. De groei van het inwonertal in de afgelopen jaren en de bijbehorende verkeersmobiliteit is de belangrijkste verklaring voor de groei van het aantal ongelukken. Volgens opgave van Politie Flevoland is het aantal aanrijdingen tussen 1998 en 2000 toegenomen van 5.349 tot 5.562. Deze groei wordt veroorzaakt door een toename van de ernstige aanrijdingen (met lichamelijk letsel) in de gemeenten Almere en Lelystad. Het aantal aanrijdingen met alleen materiële schade is in die jaren iets afgenomen.

Ongeveer eenderde van de ernstige aanrijdingen heeft een zodanig effect, dat er (ernstige) gewonden of zelfs doden vallen: tussen 1995 en 1999 is dit aantal gegroeid van 605 tot 722. Een belangrijke trend in de cijfers is dat het aantal ongevallen met dodelijke afloop iets terugloopt, terwijl het aantal aanrijdingen met lichtgewonden vooral de groei van het totaal verklaart. Afgaand op het totale aantal aanrijdingen leidt ongeveer twee op de vijf aanrijdingen tot lichamelijk letsel, waarvan vervolgens eenderde leidt tot medische consumptie in een ziekenhuis.

Bij aanrijdingen met lichamelijk letsel in Flevoland zijn het vooral bestuurders van (vracht-) auto's en bussen die het slachtoffer worden (57 %), ten opzichte van bestuurders van brommer/snorfiets (18 %) of fiets (12 %). Voor Nederland liggen deze cijfers anders: respectievelijk 44 %, 20 % en 22 %. Een verklaring hiervoor is, dat in Flevoland naar verhouding veel gebruik wordt gemaakt van de auto. Tevens bestaat binnen de bebouwde kom in Almere en Lelystad relatief een groot deel van de wegen uit gescheiden rijbanen voor auto en fiets.

De impact van (verkeers)ongelukken op de gezondheid van het slachtoffer is groot. Omdat het inwonertal en daarmee de (auto)mobiliteit ook in de komende jaren zal groeien, zullen vooral maatregelen gericht op verkeersveiligheid moeten worden genomen om een sterke toename van het aantal ongelukken met lichamelijk letsel te voorkomen.

De invloed van het milieu op de gezondheid is naar verhouding klein. Toch hebben verschillende aspecten van het milieu aantoonbaar negatieve effecten op de gezondheid. Volgens de Milieubalans 2000 (RIVM, 2000) kan 2 tot 5 % van het gezondheidsverlies in Nederland worden toegeschreven aan verontreiniging van het fysieke milieu. De belangrijkste invloeden komen dan van luchtverontreiniging (aantasting van de ozonlaag), geluid / geur (verstoring van de slaap, verhoging van de bloeddruk) en het binnenmilieu (vocht, onvoldoende ventilatie en schimmels in huis geven een vergrote kans op aandoeningen van de luchtwegen, zoals astma en longkanker).

De mogelijkheden om de negatieve milieu-effecten te verkleinen zijn gering, en voor zover ze binnen Flevoland kunnen worden aangepakt is de invloed pas op langere termijn meetbaar. Gemeenten en provincie zijn verantwoordelijk voor de kwaliteit van het milieu via het aanscherpen van normen (en de controle op de naleving). De kwaliteit van de woonhuizen wordt geregeld in het nieuwe Bouwbesluit, dat vanaf 1 januari 2002 van toepassing is op nieuwbouw.

Maatregelen tegen milieuvervuiling hebben een positieve invloed op de gezondheid, maar die invloed is vanwege de generieke aanpak relatief klein.

Iets meer dan 80% van de overleden personen in 1998 in Nederland behoorde tot de leeftijdsgroep 65 jaar en ouder, terwijl 45 % 80 jaar of ouder was. Zijn het in de leeftijdsgroep 65 – 79 jaar vooral mannen die overlijden (tweederde), voor de groep van 80 jaar en ouder ligt die oververtegenwoordiging bij vrouwen. In 1999 zijn zowel bij mannen (35 %) als bij vrouwen (36 %) de ziekten aan het hart en vaatstelsel doodsoorzaak “nummer één”. De tweede doodsoorzaak zijn de kankers: 31 % bij mannen en 24 % bij vrouwen. Voor Flevoland zijn cijfers naar doodsoorzaak niet beschikbaar.

De sterftcijfers liggen in Flevoland lager dan in Nederland als geheel: tussen de 3 en 4 personen per 1.000 inwoners ten opzichte van 8.7 in Nederland. De relatief jonge bevolking in Flevoland is hiervoor de belangrijkste verklaring. Een goede vergelijking met de situatie in Nederland kan worden gemaakt op basis van het aantal overledenen per 1.000 van de gemiddelde bevolking. Het voor de bevolkingsopbouw gecorrigeerde sterftcijfer voor mannen in Flevoland ligt in de afgelopen jaren onder dat van Nederland: 8.2 ten opzichte van 8.7 in 1997. Dat cijfer voor vrouwen ligt echter vanaf 1994 in Flevoland steeds iets hoger: 9.1 ten opzichte van 8.7.

Het sterftcijfer voor inwoners van Urk ligt vrijwel elk jaar boven dat van Nederland. Vooral het aantal mannen dat daar sterft als gevolg van hartfalen is relatief groot. Maar ook in Lelystad (zowel mannen als vrouwen) als in Almere (met name vrouwen) liggen de cijfers hoger dan in Nederland. In deze twee gemeenten is het bekend, dat een deel van de bevolking gemiddeld een slechtere gezondheid heeft (hoger sterftcijfer als gevolg van longkanker). Die situatie is te relateren aan de bevolkingsgroep met een lagere sociaal-economische positie, die in de beginjaren van deze gemeenten een belangrijk deel van de bevolking uitmaakte.

Een deel van de bevolking van Flevoland lijkt gemiddeld ongezonder te zijn dan de rest, hetgeen zelfs tot uiting komt in een hoger sterftcijfer dan in Nederland het geval is. Daarentegen kent Flevoland een gemiddeld jongere bevolking dan Nederland, zodat de incidentie van bepaalde aandoeningen lager ligt.

2.4 Zorggebruik

Het gebruik van zorg hanteren wij als indicator voor de mate waarin de vraag naar (professionele) zorg wordt geëxpliciteerd. Wij zijn ons ervan bewust dat met het beschikbare overzicht slechts die vraag ten dele in beeld komt. Immers: een deel van de bevolking gaat niet naar een professionele hulpverlener of stelt zo'n bezoek uit. Daarnaast gaat het om gegevens die vanuit het zorgaanbod door individuele instellingen beschikbaar zijn gesteld. De gang van de patiënt door de zorg kan (nog) niet in beeld worden gebracht. De gegevens zijn onderverdeeld naar generalistische zorg (eerste lijn) en specialistische zorg (tweede lijn).

Generalistische zorg

- De vraag naar (curatieve) zorg komt in het algemeen het eerste terecht bij de huisarts. Gegevens over de inzet van deze beroepsgroep zijn echter schaars. Tevens is een deel van het huisartsenbezoek niet of niet geheel toe te schrijven aan de sector curatieve zorg, maar leidt tot bijvoorbeeld een vraag binnen de Geestelijke Gezondheidszorg.

Het beroep huisarts is gedurende de afgelopen decennia op veel punten sterk veranderd. Niet de solo-praktijk, maar de groepspraktijk of gezondheidscentrum heeft (zeker in grotere bevolkingsconcentraties) de overhand. Daarnaast is vanwege verschillende oorzaken het werken als huisarts zwaarder geworden: toenemende behoefte aan werken in deeltijd,

sterke stijging van de praktijkkosten, het vaak ontbreken van een goede structurele regeling voor weekend- en avonddiensten, vergrijzing van de bevolking, grotere noodzaak tot samenwerking met andere hulpverleners in de zorg.

De toestroom van nieuwe artsen is niet groot genoeg om aan de huidige en vooral de toekomstige behoefte naar huisartsen te voldoen. Het te kleine aantal plaatsen op de huisartsenopleiding, maar zeker ook de vergrijzing onder de artsen zelf, zijn hiervoor de belangrijkste verklaringen.

Het merendeel van de contacten met een huisarts betreft een bezoek aan diens praktijk (ruim 80 % van de gevallen), zo blijkt uit landelijke cijfers uit 1998. Voor mannen ligt dit aandeel iets hoger dan voor vrouwen (85 % ten opzichte van 79 %). Het aantal contacten van de huisarts bij iemand thuis is in 10 jaar tijd vrijwel gehalveerd tot 6 % in 1998. Het gaat dan vrijwel uitsluitend om bezoeken aan mensen van 65 jaar en ouder. Het aantal telefonische consulten is in die periode juist verdubbeld tot 11 %. De verwachting is, dat de situatie in Flevoland hier niet veel van zal afwijken. Eventuele verschillen zullen kunnen worden verklaard door de leeftijdsopbouw van Flevoland, die een groter aandeel jongeren kent dan gemiddeld in Nederland.

Het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS) wijst uit, dat een Nederlander gemiddeld 4 keer per jaar naar de huisarts gaat (situatie 1997 / 1998). Inmiddels ligt dit cijfer echter al op 5! Daarbinnen zij er wel verschillen: vrouwen, ouderen en mensen met een lagere opleiding gaan vaker dan mannen. Ongeveer een kwart van de Nederlanders gaat in een jaar niet naar de huisarts. Meer dan 80 % van de bezoekers van de huisarts wordt door hemzelf behandeld. In de resterende gevallen wordt nader onderzoek gedaan of men wordt verwezen naar een fysiotherapeut of een specialist. Dit laatste gebeurt bij ongeveer 9 % van de bezoekers.

Over deze items zijn voor Flevoland geen cijfers beschikbaar. Alleen zijn de verwijzingen naar specialisten bekend voor Flevoland, die verzekerd zijn bij Groene Land Achmea. Hoewel dit ongeveer een kwart van de inwoners betreft, geeft dit nog geen beeld van de situatie in geheel Flevoland. Immers: leeftijd, verwijsgedrag van de huisarts en mate van stedelijkheid hebben een grote invloed op het aantal verwijzingen en het specialisme waar naar verwezen wordt. Aan de hand van die cijfers kan wel een goede schatting worden gemaakt van het aantal verwijzingen voor inwoners van Flevoland exclusief de gemeente Almere. In 1997 gaat het dan om totaal 62.000 verwijzingen. Het grootste aantal verwijzingen is voor specialisten bij oogheelkunde (13 %), interne geneeskunde

(11 %), chirurgie (16 %) en gynaecologie (12 %).

De huisarts is en blijft de belangrijkste schakel in de zorg. Het grootste deel van de zorgvragers komt daar terecht en heeft geen verdere verwijzing nodig. Wij gaan ervan uit, dat de aard van de klachten en vervolgens het verwijsgedrag van huisartsen in Flevoland overeenkomt met dat van huisartsen in Nederland.

De thuiszorg heeft onder andere een ondersteunende functie voor mensen die na een ziekenhuisopname nog beperkingen ondervinden in hun dagelijks leven. Over deze groep is informatie beschikbaar zowel bij de beide indicatieorganen in Flevoland (het Regionaal Indicatieorgaan Flevoland en het Lokaal Indicatieorgaan Almere) als de transferverpleegkundigen van de ziekenhuizen.

De transferverpleegkundige regelt de inschakeling van thuiszorg voor patiënten, die ontslagen kunnen worden uit het ziekenhuis maar thuis nog enige (na)zorg nodig hebben. Beide indicatieorganen hebben met de betreffende thuiszorgorganisaties afspraken gemaakt over de indicatiestelling voor thuiszorg aansluitend aan ontslag uit het ziekenhuis door transferverpleegkundigen. Jaarlijks worden ongeveer 500 patiënten ontslagen uit de IJsselmeerziekenhuizen (voor beide locaties), die via de transferverpleegkundige thuiszorg ontvangen. Deze verpleegkundige bepaalt voor welke patiënt welke vorm van thuiszorg nodig is.

Er zijn globaal drie groepen patiënten te onderscheiden:

- patiënten die palliatieve zorg ontvangen;
- patiënten met chronische aandoeningen;
- patiënten die na een korte ziekenhuisopname tijdelijk ondersteuning nodig hebben.

In de toewijzing van thuiszorg door de transferverpleegkundigen wordt vooral rekening gehouden met de mate waarin in de thuissituatie de noodzakelijke ondersteuning kan worden gegeven. Als die ondersteuning onvoldoende is (b.v. bij alleenstaanden), dan zijn de alternatieven een langer verblijf in het ziekenhuis of opname in een verpleeghuis of verzorginghuis.

Er worden diverse knelpunten geconstateerd:

- er zijn vaak wachtlijsten bij de thuiszorg voor huishoudelijke hulp;
- de plaatsingsmogelijkheden naar verpleeg- en verzorgingshuizen zijn vaak beperkt;
- voor patiënten met chronische aandoeningen is het vaak moeilijk te accepteren dat na een ziekenhuisopname meer en andersoortige thuiszorg nodig is dan voorheen. Zij zien dan m.n. op tegen de vervanging van de vertrouwde hulp door een ander;
- daarentegen is binnen de groep die beroep doet op palliatieve zorg vaak een belemmering dat men verwacht, dat de beschikbare thuiszorg (eventueel aangevuld met mantelzorg) te klein is. Als alternatief voor een langer verblijf in het ziekenhuis zou een verbetering van de informatie kunnen zijn over de mogelijkheden binnen die thuissituatie, eventueel aangevuld met de ruimte voor tijdelijke verhoging van het aantal beschikbare uren thuiszorg. Afgezien van extra hulp in de beginperiode is ook regelmatig behoefte aan extra zorg op afroep.

De thuiszorg verleent ook hulp aan mensen zonder dat er voorafgaand daaraan een ziekenhuisopname heeft plaatsgevonden. De indicatiestelling van deze zorg wordt rechtstreeks uitgevoerd door beide indicatieorganen. Het zijn vooral de ouderen die er een beroep op doen. Zo lag het aantal nieuwe beschikkingen van de indicatieorganen in Flevoland voor huishoudelijke hulp thuis in 1999 op 2855. Daarvan is 45 % gericht op vrouwen van 65 jaar en ouder. De beschikkingen voor verpleging en verzorging thuis laten vrijwel hetzelfde beeld zien.

Er zijn geen gegevens beschikbaar over de aard van de aandoening, duur en intensiteit van de hulpverlening door de thuiszorg. Daarom is het directe belang van deze hulpverlening voor het in beeld brengen van de vraag in de regiovisie curatieve zorg moeilijk in te schatten.

Het verder ontwikkelen van transmurale zorg is afhankelijk van de mogelijkheden om patiënten "door de muren heen" te brengen. Deze mogelijkheden worden vooral beperkt door problemen met doorstroming en doorplaatsing van patiënten binnen en tussen zorginstellingen en met de capaciteit van de thuiszorg (en mantelzorg).

Van de overige zorgvormen binnen de eerste lijn, zoals fysiotherapie en verloskunde, is in dit bestek te weinig gerichte informatie beschikbaar om ze op een zelfde wijze uit te werken.

- De ambulancezorg is een vorm van hulpverlening, die zich vooral richt op twee aspecten:
 - het vervoer van patiënten na een spoedgeval (ongeluk of een acute stoornis) naar een algemeen ziekenhuis, het zogenaamde spoedeisend vervoer;
 - het vervoer van patiënten van het ene ziekenhuis naar het andere of van huis naar het ziekenhuis of vice versa: het zogenaamde besteld vervoer.

Het aantal ritten van de Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Flevoland jaarlijks neemt jaarlijks sterk toe: van 9.149 in 1995 tot 11.373 in 2000. Voor de periode tussen 1998 en 2000 is er toename van het aantal ritten geweest van 11 %. In Zeewolde en Almere was deze groei met respectievelijk 19 % 16 % het grootst, terwijl die in Noordoostpolder / Urk op slechts 1 % lag.

Deze toename wordt voor het grootste deel verklaard door de groei van het inwonertal in die periode. Andere factoren zijn de toename van de verkeersmobiliteit en van het aantal ouderen in de bevolking. De groei van het aantal ritten was in geheel Flevoland merkbaar, maar vooral in de gemeenten Almere, Dronten en Zeewolde. Vooral voor de laatste twee gemeenten bestaat een deel van deze groei uit ontwikkeling van de dag- en verblijfsrecreatie. Er zijn echter geen aparte cijfers beschikbaar over het aandeel van deze ritten op het totaal.

De beschikbaarheid van ambulances loopt, net als in andere delen van de zorg, achter bij het inwonertal. Dit is vooral te merken in de zuid- en zuid-oostkant van de provincie. Eén van de effecten is, dat de 15-minutengrens vaker wordt overschreden dan landelijk als maximum wordt gehanteerd (te weten 5 % van het aantal A1 ritten). De inzet vanuit de ambulanceposten in Zeewolde en Dronten leidde in 2000 in 9 % respectievelijk 13 % van de gevallen tot een overschrijding van die kwartiergrens. De wijziging van de tarievenstructuur per 1999 en de (bestuurlijke) aandacht voor dit probleem bij de zorgverzekeraars, gemeenten en provincie heeft hier verandering in gebracht.

Van de afgelopen drie jaren is meer gedetailleerde informatie bekend over de gemaakte A en B ritten. Het eindpunt van de rit is zowel in 1998, 1999 als in 200 in tweederde van de gevallen een ziekenhuis in Flevoland: ruim éénderde van de ritten was gericht op het ziekenhuis te Almere, ruim 20% op het ziekenhuis te Lelystad en ruim 10 % op dat in Emmeloord. Van de ziekenhuizen buiten Flevoland had het AMC te Amsterdam met 10 % het grootste aandeel, gevolgd door de ziekenhuizen te Zwolle en Harderwijk. Deze oriëntatie kan geheel worden verklaard door de spreiding van de bevolking binnen Flevoland (bijna de helft van de inwoners woont in Almere) en de ligging en functie van de ziekenhuizen.

Van iets meer dan de helft van de ritten is bekend voor welk hoofd-specialisme de inzet bedoeld was. Cardiologie is de "koploper" met 25 %, gevolgd door algemene chirurgie (20 %) en inwendige geneeskunde (14 %). Dat klachten op cardiologisch gebied vaak de aanleiding zijn voor vervoer naar een ziekenhuis blijkt uit het feit, dat ongeveer 70 % een A1 rit is. Deze ritten zijn in meerderheid gericht op ziekenhuizen in Flevoland. Voor andere specialismen ligt dit aandeel veel lager. Een rit voor een oncologische patiënt vindt vrijwel altijd plaats via een B rit. De patiënt uit Flevoland wordt dan van of naar een gespecialiseerd ziekenhuis vervoerd in Amsterdam of Zwolle.

De continue groei van de bevolking zal tot een gelijksoortige toename leiden van het aantal ambulanceritten. De verwachte stijging van de gemiddelde leeftijd zal leiden tot een meer dan evenredige groei van die ritten. Deze ontwikkelingen zullen zich vooral in zuidelijk Flevoland voordoen.

Specialistische zorg

- Het gebruik van een algemeen ziekenhuis hebben wij vooral beschreven op basis van de herkomst van de patiënt en niet van het ziekenhuis waar de opname heeft plaatsgevonden. De productiecijfers van de algemene ziekenhuizen in Flevoland zijn weergegeven in hoofdstuk 3, waar het huidige zorgaanbod is beschreven.

De inwoners van Flevoland maakten in 1999 in meerderheid gebruik van het dichtst bijzijnde algemene ziekenhuis, al ligt dat ziekenhuis niet altijd in Flevoland zelf. Het gebruik van het ziekenhuis verschilt echter per gemeente. Zo maakten de inwoners van Zeewolde voor slechts 15% gebruik van het ziekenhuis in Lelystad en gaat bijna 85% naar ziekenhuizen buiten de provincie. Het ziekenhuis te Harderwijk realiseert tweederde van die opnamen, terwijl dit in 1991 nog lag op 28%! Ook Dronten wijkt af van het algemene beeld, zij het in mindere mate dan Zeewolde. In de afgelopen 10 jaar is de oriëntatie op het ziekenhuis te Lelystad gestegen van 40 % tot 59 %, hetgeen vrijwel geheel wordt verklaard door de sluiting van het ziekenhuis te Kampen. De inwoners van de gemeenten Almere, Lelystad, Noordoostpolder en Urk maakten in 1998 voor meer dan 70 % gebruik van het "eigen" ziekenhuis. Ten opzichte van de situatie in 1995 stijgt dit aandeel bij die vier gemeenten per jaar iets. Voor Noordoostpolder en Urk ligt de oriëntatie op het hooggespecialiseerde ziekenhuis in Zwolle op bijna 20 %. Een deel van deze opnames hebben betrekking op algemene ziekenhuiszorg en het andere deel op topklinische zorg. Het gebruik van academische ziekenhuizen (Amsterdam, maar ook Groningen) ligt per gemeente tussen de 5 en 10 %.

Het aantal opnamen en de ontwikkelingen daarin zeggen echter weinig over de reden voor de opname en het beslag dat patiënten leggen op de verpleegcapaciteit. Deze informatie kan voor een deel worden aangevuld met hetgeen hiervoor is beschreven: de verwijzingen van huisartsen naar de specialist, de anamnese van de per ambulance aangevoerde patiënten en de opnamen vanuit het verpleeghuis. Echter, die informatie geeft maar een deel van het totale beeld en is ook niet in alle gevallen betrouwbaar. Het werkelijk aantal opnamen en het werkelijk aantal bezette bedden geven een reëler beeld. Deze items zijn voor de jaren 1994, 1996 en 1998 op een rij gezet. Het werkelijk aantal (klinische) opnamen is voor Flevoland in die periode toegenomen met ruim 2.500 tot 26.500. Gemeten naar het inwonertal is het aantal opnamen echter afgenomen van 93 tot 85 per 1.000 inwoners. Deze daling heeft zich in alle gemeenten in ongeveer dezelfde mate voorgedaan en de verschillen tussen de gemeenten zijn in die jaren kleiner geworden. De stijging van het aantal opnamen is niet gelijkmatig verdeeld over de specialismen. Het aantal opnamen voor interne geneeskunde is tussen 1994 en 1998 ongeveer gelijk gebleven, terwijl die voor gynaecologie zeer sterk is toegenomen. Deze stijging heeft vrijwel geheel plaatsgevonden in Almere: een toename van 2.393 tot 3.231 in 1998! Aan deze gemeente is ook vrijwel de gehele toename voor het aantal opnamen voor kindergeneeskunde toe te rekenen. De specifieke

leeftijdsopbouw en het relatief hoge geboortecijfer in die gemeente (16,7 per 1.000 inwoners in 1998 ten opzichte van 12,7 in Nederland) is hiervoor de belangrijkste verklaring. Bij specialismen als cardiologie en chirurgie verloopt de toename van het aantal opnamen vrijwel gelijk met de groei van het inwonertal.

Niet elke inwoner van Flevoland gaat naar het "eigen" ziekenhuis. Een maat daarvoor is het deel van de bevolking die dat wel doet: de adherentie. Bij de bezoeken aan de polikliniek ligt voor beide ziekenhuizen de adherentie in 2000 op ongeveer 70 %. De oriëntatie voor de kliniek en dagverpleging ligt met gemiddeld 68 % wat lager.

Als het aantal opnames per specialisme (in procenten van het totaal) in Flevoland wordt vergeleken met dat in Nederland als geheel, dan blijken er nauwelijks grote verschillen te zijn. Alleen bij kindergeneeskunde en gynaecologie zijn er grote verschillen, maar die zijn toe te schrijven aan de situatie in Almere.

De toename van het aantal opnamen leidt niet in dezelfde mate tot een stijging van het werkelijk aantal bezette bedden. Voor alle opnamen is dit aantal in Flevoland tussen 1994 en 1998 ongeveer gelijk gebleven. De (ook landelijk zichtbare) daling van het aantal dagen dat een patiënt gemiddeld in een ziekenhuis ligt is hier, ondanks de sterke groei van het inwonertal, de belangrijkste verklaring voor. Er zijn echter grote verschillen binnen Flevoland: opnamen vanuit Almere, Zeewolde en Dronten hebben als gevolg van de bevolkingsgroei wel geleid tot een toename van het aantal gebruikte bedden. De aantallen voor Lelystad en Noordoostpolder zijn daarentegen gedaald. Naar specialisme bekeken valt alleen een afname bij interne geneeskunde op. Voor de andere specialismen is een geringe toename te zien, die (uiteraard) naar verhouding sterk is in Almere voor gynaecologie en kindergeneeskunde.

De sterke toename van het inwonertal, gecombineerd met een te kleine capaciteit, heeft in de afgelopen jaren geleid tot een stijging van het aantal opnamen en een korte opnameduur. Dit ondanks het feit, dat de opgenomen patiënt een steeds complexer ziektebeeld kent. Overigens is de opnameduur recent weer iets gestegen.

Na ontslag uit het ziekenhuis zijn drie vormen van vervolgzorg te benoemen:

- in de eigen woonomgeving (door onder andere de huisarts of in de thuissituatie);
- reactivering (door bijvoorbeeld de fysiotherapeut of verpleeghuisgeneeskunde);
- revalidatie.

Inwoners van Flevoland maken (behalve voor de gemeente Zeewolde) in toenemende mate gebruik van de Flevolandse ziekenhuizen. De ontwikkelingen in het aantal opnamen volgen voor de meeste specialismen de lijn van de bevolkingsgroei. Het werkelijk aantal bezette bedden stijgt niet in die mate, omdat nieuwe ontwikkelingen en een gericht ontslagbeleid voor een daling van de gemiddelde verpleegduren zorgen. Het tekort aan opnamecapaciteit is in het ziekenhuis te Almere daarbij een aanvullende verklaring.

De effecten van de specifieke leeftijdsopbouw in Flevoland komen bij verschillende specialismen duidelijk tot uiting.

De revalidatiegeneeskundige zorg is erop gericht om patiënten (met op de voorgrond staande motorische en/of cognitieve stoornissen) het maximale te leren te doen met hun overgebleven vermogens. Dit met als doel dat zij zich zo goed mogelijk kunnen ontwikkelen of ontplooiën, dan wel dat zij zo zelfstandig mogelijk kunnen functioneren in hun eigen woon- leef of werkomgeving. Vaak zijn de beperkingen een gevolg van een beroerte of een stoornis aan het houdings- en bewegingsapparaat. Maar ook reumatische aandoeningen en (bij kinderen) ontwikkelingsstoornissen komen veelvuldig voor.

In de interdisciplinaire behandeling worden doelen gesteld op terreinen als communicatie, mobiliteit, persoonlijke verzorging, leervaardigheden, dag- en tijdsbesteding en relaties. Binnen de specialistische behandeling gaat het niet alleen om het optimaliseren van de lichaamsfuncties van de patiënt. Ook aan het integreren van deze functies binnen de dagelijkse functionaliteit, de psychosociale gevolgen van de (veranderde) omstandigheden, het verstrekken van lichaamsgebonden hulpmiddelen (denk bijvoorbeeld aan orthopedische schoenen en

beenprotheses) en het adviseren ten aanzien van aanpassing van woon- of werkomgeving, wordt aandacht besteed. Er zijn patiënten in behandeling uit alle leeftijdscategorieën.

In Flevoland worden er jaarlijks bijna 900 patiënten aangemeld bij de revalidatiearts. Hun gemiddelde leeftijd is 37 jaar.

In 1999 zijn in totaal 61 personen uit Flevoland opgenomen geweest in een klinische revalidatievoorziening, waarvan bijna de helft woonachtig was in Almere. Vertaald naar benutting van het revalidatiecentrum gaat het om gemiddeld 85 verpleegdagen per nieuwe opname. De meeste patiënten waren in meerderheid mannen van rond de 50 jaar oud en zijn in meerderheid verwezen door de huisarts (35 %) of specialist (waarvan 16 % door de neuroloog). Bij de poliklinische bezoeken en consulten voor revalidatie ligt de gemiddelde leeftijd van de patiënten lager (rond de 30 jaar) en het aandeel vrouwen is groter. Vooral bij de consulten zijn relatief veel patiënten afkomstig uit de gemeenten Lelystad en Noordoostpolder.

De helft van de patiënten is verwezen door de huisarts en 20% door een specialist. Van de 615 nieuw ingeschreven patiënten in 1999 is 40 % aangemeld bij twee revalidatiegroepen: orthopaedie en rugaandoeningen. Twee andere groepen waar relatief veel patiënten zijn aangemeld zijn status na CVA (beroerte) en reumatische aandoeningen.

Een groep patiënten die de laatste jaren veel aandacht heeft gekregen is die met een niet aangeboren hersenletsel (NAH). De belangstelling voor de problematiek van NAH, die vaak ontstaat na een (verkeers-)ongeval, ontstond vanuit het veld. Zorgverleners die met patiënten met NAH in aanraking kwamen begonnen de zorg voor deze patiënten meer thematisch te benaderen. Dit omdat bleek dat NAH een complexe materie betreft die vanuit verschillende sectoren van de gezondheidszorg benaderd moet worden. Uit onderzoek blijkt dat het overgrote deel van mensen met niet aangeboren hersenletsel (86%) uit het ziekenhuis naar de thuissituatie terugkeert. Een deel daarvan moet nog wel een beroep doen op begeleiding of ondersteuning van onder andere de thuiszorg.

In de leeftijdsgroep van 12 tot 45 jarigen gaat het landelijk om ca. 25 mensen per 10.000 inwoners per jaar. Dit zouden voor Flevoland ongeveer 750 mensen per jaar zijn. Eenmaal thuis manifesteert zich bij het merendeel van deze groep na verloop van tijd de gevolgen van hersenletsel. Niet alleen het leven van de patiënt, maar ook dat van zijn of haar omgeving verandert vaak totaal. Landelijk wordt de aandacht voor deze groep patiënten gecoördineerd via de regionale hersenletselteams. Mede als resultaat van het regiovisietraject is vanaf 1 april 2000 voor Flevoland één coördinatiepunt operationeel.

2.5 Kwalitatieve aspecten van de zorgvraag

De ZorgGebruikersBundeling Flevoland (ZGB) heeft in 2000 enkele panelbijeenkomsten georganiseerd met als doel het krijgen van inzicht in meer kwalitatieve aspecten van de zorgvraag. Aan de hand van stellingen zijn discussies gevoerd met enkele kleine groepjes zorgvragers. Het is de bedoeling om dergelijke discussies vaker te organiseren om ook in de tijd gezien een beter beeld te krijgen van de mening van zorgvragers rond enkele vaste thema's en om inzicht te krijgen in de mening over onderwerpen die op dat moment spelen.

De waarde van deze panelmethode is tweeledig:

- het geeft kwalitatieve informatie over de mening van zorgvragers rond thema's in de zorg (en daar buiten);
- het betreft de zorgvragers op een directe manier bij ontwikkelingen in de zorg in het algemeen en bij de regiovisie in het bijzonder.

Er zijn ook enkele ontwikkelpunten te noemen. Zo is de groep niet representatief voor de Flevolandse bevolking en kunnen er dus ook eigenlijk geen harde conclusies uit worden getrokken over de feitelijke situatie in Flevoland. Daarnaast zal de methodiek op zich verder zodanig ontwikkeld moeten worden, dat het beter aansluit bij de informatiebehoefte van de regiovisie. In de panels is gediscussieerd naar aanleiding van 6 (met opzet prikkelend geformuleerde) stellingen:

- 1) primaire voorzieningen in het kader van de zorg moeten voor iedereen in Flevoland dicht bij huis beschikbaar zijn;
- 2) er is voldoende zorg voor iedereen;

- 3) informatie en geïnformeerd worden is in eerste instantie een verantwoordelijkheid van de gebruiker / zorgvrager;
- 4) geen goede zorg zonder eigen huisarts;
- 5) liever een technisch goed verleende behandeling dan een goede bejegening;
- 6) liever thuis dan in het ziekenhuis.

Er zijn diverse algemene uitspraken en meningen naar voren gekomen. Centraal staat daarbij dat de zorgvrager als ervaringsdeskundige een belangrijkere rol moet krijgen in het zorgproces. Het gaat dan niet zo zeer om de inhoud van het (medisch) handelen van hulpverleners, maar vooral over het inrichten van het te leveren zorgaanbod en het benoemen van alternatieven. De communicatie tussen zorgvrager en hulpverlener is dan van groot belang. Met name in de contacten met huisarts en specialist wordt een persoonlijke en vertrouwensrelatie gemist: het gaat in de korte beschikbare tijd alleen over zuiver medische aangelegenheden. Maar dit stelt ook eisen aan de zorgvrager zelf: die moet de hulpvraag duidelijk naar voren brengen. In de ervaring van diverse panelleden voelt men zich nog te vaak of te veel buitenspelgezet als er zaken aan de orde zijn die over de betrokkenheid van de zorgvrager gaan.

Naar de inhoud van de uitkomsten gezien zijn de uitspraken als volgt samen te vatten:

- de toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorginstellingen laat nogal eens te wensen over, vooral voor mensen in een rolstoel;
- als meer zorg in de thuissituatie wordt geleverd, dan kan dit voor de mantelzorgers en vrijwilligers een steeds groter probleem worden;
- er is een tekort aan diverse hulpverleners, vooral in de eerste lijn (tandarts, huisarts);
- behalve voldoende zorg is ook goede zorg van belang;
- informatievoorziening over algemene en specifieke onderwerpen laat nog vaak te wensen over;
- er is onvoldoende overzicht over de zorg: wat is er en wat niet;
- de afstemming tussen 1^e en 2^e lijn is niet altijd goed;
- er moet meer nadruk komen op wijkgerichte zorg en ondersteuning;
- zo lang mogelijke thuis zorg ontvangen is goed, maar dan moet die beschikbaarheid ervan wel geregeld zijn.

Voor een volledig overzicht van de uitspraken verwijzen wij naar het rapport "Panelbijeenkomsten in het kader van de regiovisie curatieve zorg van de provincie Flevoland", uitgebracht door de ZGB. Deze organisatie is van plan om de methodiek van de panelbijeenkomsten te verbeteren en uit te breiden. De verwachting is dat die bijeenkomsten een goed instrument zijn om de kwaliteit van zorg in beeld te brengen.

2.6 Conclusies

Onze eerste conclusie is, dat het gebruikte model om de vraag naar zorg in de curatieve zorg in beeld te brengen op zich goed kan werken. Echter, door het gebrek aan (bruikbare) gegevens is het voor het opstellen van deze regiovisie minder bruikbaar geweest. De consequentie is, dat er op dit moment onvoldoende basis is om de toekomstige vraag naar curatieve zorg in Flevoland via scenario's te beschrijven. Voor enkele vormen van klinische zorg is wel zo'n vooruitberekening gemaakt. Daaruit komt goed naar voren, dat de groei van het inwonertal en de wijzigingen in de leeftijdsopbouw de belangrijkste factoren zijn die de aard en omvang van de vraag naar curatieve zorg in de toekomst bepalen.

Vervolgens zijn wij van mening, dat de basisgezondheidszorg (tot ongeveer 12 jaar) in Flevoland goed is en een hoog niveau bereikt heeft. Wel is aandacht nodig voor de deelname vanuit bepaalde bevolkingsgroepen en aandoeningen (astma, tandzorg, overgewicht). De bevolkingsonderzoeken onder volwassenen zijn zeer nuttig. Het brengt in een vroeg stadium verschillende vormen van kanker naar voren, hetgeen een positief effect heeft op (volledig) herstel. De effecten van andere vormen van preventie en onderzoek gericht op leefgewoonten zijn minder duidelijk. Het is volgens ons noodzakelijk dat meer en intensiever aandacht wordt besteed aan gerichte beïnvloeding van die leefgewoonten. Hoewel de situatie in Flevoland niet afwijkt van de landelijke situatie, zal die aandacht de vraag naar zorg in de toekomst verminderen en het aantal gezonde levensjaren kunnen doen vergroten.

De kleine verschillen in sterftcijfers tussen Flevoland (en dan met name voor wat betreft enkele gemeenten) en Nederland zijn te verklaren op basis van enkele kenmerken van de bevolking: leeftijd en sociaal-economische positie.

In het algemeen wijkt het gebruik van zorg in Flevoland op de meeste onderdelen niet af van het gemiddelde in Nederland. Belangrijke verschillen treden op als gevolg van de specifieke leeftijdsopbouw van de Flevolandse bevolking.

Informatie hierover uit de generalistische zorg (huisarts, thuiszorg e.d.) is echter niet of nauwelijks voorhanden. Zo zijn er alleen cijfers over aantallen bezoeken bij de huisarts, maar niet over de reden van zo'n bezoek.

Bewoners van Flevoland die gebruikmaken van specialistische zorg gaan (behalve voor Zeewolde) in toenemende mate naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis binnen de provincie. Deze stijging van de zgn. adherentie zal verklaard kunnen worden door de grotere mogelijkheden voor verrichtingen die voorheen alleen in gespecialiseerde ziekenhuizen konden worden uitgevoerd. Wij gaan ervan uit dat deze trend zich in de komende jaren zal voortzetten. Het aantal opnamen zal dan ook blijven stijgen. De opnamecijfers per specialisme wijken (als aandeel op het totaal aantal opnames) voor Flevoland nauwelijks af van die van Nederland. Alleen ziekenhuisgebruik in verband met geboorte van kinderen ligt in Flevoland (lees Almere) hoger.

Tenslotte zijn wij ervan overtuigd, dat de positie van de zorgvrager versterkt dient te worden. Zijn rol in de hulpverlening ligt vooral in het helder formuleren van de zorgvraag en in het (op basis van voldoende informatie) maken van een afweging over de wijze hoe die zorg dan wordt verleend. Professionele hulpverleners en dan met name de huisartsen hebben daarin een belangrijke taak. Maar ook de zorginstellingen als geheel zullen de zorgvrager meer moeten betrekken bij het proces van zorgverlening via met name de cliëntenraden. Bij al deze aspecten zijn een goede communicatie en voldoende informatie de sleutelbegrippen.

3. HUIDIG AANBOD IN DE CURATIEVE ZORG IN FLEVOLAND

3.1 Inleiding

De huidige stand van zaken in Flevoland is een belangrijk gegeven voor het bepalen van de wensen in de toekomst. Het aanbod van zorg kent evenwel diverse aspecten. Wij hebben er voor gekozen om binnen het zorgaanbod de volgende tweedeling te maken: het aanbod in kwantitatieve termen en het aanbod in termen van samenwerkingsrelaties tussen organisaties. Voor beide onderdelen is (tenzij anders aangegeven) de situatie per 1 juli 2001 aangehouden. Daar waar mogelijk hebben wij ook nog rekening gehouden met ontwikkelingen die zich na die datum hebben voorgedaan. Voor beide aspecten is de informatie zo veel mogelijk weergegeven op het niveau van het deelgebied.

3.2 Kwantitatieve aspecten van het zorgaanbod

Informele zorg

De informele zorg (een verzamelterm waar met name vrijwilligerswerk en mantelzorg onder vallen) beschouwen wij vanuit de brede benadering van de curatieve zorg als onderdeel van het zorgaanbod. Immers, het ontbreken van informele zorg leidt in veel gevallen tot gebruik van zorg gegeven door betaalde, professionele hulpverleners. Deze vorm van aanbod komt bij vrijwel hulpvraag in beeld: al dan niet in combinatie komt met betaalde zorg. Echter, de informele zorg is vrijwel niet te kwantificeren en wel om redenen:

- de groep informele zorgverleners en de activiteiten die zij uitvoeren zijn nog onvoldoende in beeld gebracht;
- er wordt niet of nauwelijks structureel bijgehouden wie wanneer welke activiteiten uitvoert.

De 4-jaarlijkse enquêtes van GGD Flevoland bieden inzicht in het belang van de informele zorg in Flevoland. Uit die enquête blijkt bijvoorbeeld, gemiddeld 28 % van de personen ouder dan 55 jaar in Flevoland hulp biedt in de vorm van mantelzorg aan anderen in hun omgeving. Sommigen besteden daar meer dan 20 uur per week aan, maar het gemiddelde ligt op enkele uren per week. Al deze cijfers geven in eerste instantie informatie over het aantal mensen dat informele zorg biedt: niet de aard van de werkzaamheden, de tijdsbesteding en de aard van de activiteiten.

Binnen de informele zorg beschouwen wij de mantelzorg als vorm van zorgaanbod. Het gaat dan namelijk om het verlenen van langdurige zorg aan iemand in de directe sociale omgeving (vaak aan een kind, ouder(s) of echtgenoot / echtgenote). Omdat mantelzorg vrijwel nooit in georganiseerd verband wordt verricht, is deze vorm van informele zorg zo mogelijk nog moeilijker in beeld te brengen.

Toch zijn er schattingen te maken op basis van zowel landelijke cijfers als opgaven van organisaties die direct met de informele zorg zijn betrokken. Het Sociaal Cultureel Planbureau heeft berekend, dat er in 1999 in Nederland 9% van de mensen ouder dan 16 jaar (= 1,05 miljoen) mantelzorger was. Een relatief groot deel van hen is ouder dan 65 jaar. In Flevoland zouden er volgens die berekening ruim 21.000 mantelzorgers zijn, hoewel dit aantal vanwege de jongere leeftijdssamenstelling van Flevoland een iets te hoge schatting zal zijn. In elk van de drie deelgebieden van Flevoland is een steunpunt Mantelzorg. Deze steunpunten verzorgen onder andere de contacten voor mantelzorgers onderling, de belangenbehartiging van en voor mantelzorgers en zoeken de samenwerking en afstemming met andere organisaties in de zorg.

Generalistische zorg

Binnen de generalistische zorg zijn van diverse beroepsgroepen gegevens beschikbaar over het aantal daarvan in Flevoland: huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, tandartsen en apothekers. Deze gegevens hebben wij ook in relatie gebracht met landelijke cijfers (peildatum 1 januari 2001). Bij alle cijfers moet nog worden opgemerkt, dat de aantallen beroepsbeoefenaren betrekking hebben op het aantal personen en niet op het aantal voltijds formatieplaatsen. Vooral de beroepsbeoefenaren bij de Zorggroep Almere werken relatief vaak part time. Dat houdt in, dat de cijfers van deze gemeente vergeleken met de rest van Flevoland en de rest van Nederland

eigenlijk iets te hoog zijn en dat daardoor het aantal personen per 1.000 inwoners te laag ligt. Bij voorbeeld: er zijn 98 huisartsen in dienst bij de Zorggroep, wat overeen komt met ongeveer 75 fte. Omdat de exacte verhoudingen voor Flevoland en Nederland niet exact in beeld zijn te brengen, hebben wij alleen het aantal beroepsbeoefenaren weergegeven.

Tenslotte moet rekening worden gehouden met het feit, dat het vaak om kleine aantallen gaat. Aan de vergelijking tussen de deelgebieden binnen Flevoland kan daarom niet zo veel waarde worden gehecht als gewenst zou zijn. Daarom is de vergelijking vrijwel alleen uitgevoerd voor Flevoland en Nederland.

- Er zijn in Flevoland in totaal 175 huisartsen. Het kleine aantal inwoners per huisarts ten opzichte van Nederland wordt verklaard door de situatie in Almere, waar relatief veel artsen zijn die in deeltijd werken. In de andere twee deelgebieden zijn de praktijken relatief groot.

	Deelgebied 1	Deelgebied 2	Deelgebied 3	Flevoland	Nederland
Aantal huisartsen	22	51	102	175	7.093
Aantal inwoners per huisarts	2.727	2.333	1.470	1.880	2.255

- Het aantal verloskundigen in Flevoland bedraagt 34. Het effect van de kleine getallen doet zich vooral voor bij deze beroepsgroep, zodat er geen goede vergelijking met Nederland te maken. Wel komt de specifieke bevolkingsamenstelling in Almere goed tot uiting in het kleine aantal inwoners per verloskundige.

	Deelgebied 1	Deelgebied 2	Deelgebied 3	Flevoland	Nederland
Aantal verloskundigen	3	10	21	34	1.507
Aantal inwoners per verloskundige	20.000	11.900	7.143	9.676	10.614

- De fysiotherapeuten vormen in Flevoland met 214 personen de grootste beroepsgroep binnen de generalistische zorg. Uit de cijfers voor Flevoland blijkt, dat het gemiddeld aantal inwoners per hulpverlener hoger ligt in Nederland. Dit wordt volledig verklaard door het naar verhouding kleine aantal fysiotherapeuten in Almere.

	Deelgebied 1	Deelgebied 2	Deelgebied 3	Flevoland	Nederland
Aantal fysiotherapeuten	43	88	83	214	12.035
Aantal inwoners per fysiotherapeut	1.395	1.352	1.807	1.660	1.329

- Er zijn 104 tandartsen in Flevoland. Berekend naar het aantal inwoners per tandarts zijn er geen grote verschillen binnen Flevoland. Opvallend is wel dat deze cijfers voor alle delen van Flevoland boven dat van Nederland ligt.

	Deelgebied 1	Deelgebied 2	Deelgebied 3	Flevoland	Nederland
Aantal tandartsen	17	35	52	104	7.030
Aantal inwoners per tandarts	3.530	3.400	2.885	3.163	2.275

- Bij de cijfers van de apothekers is van belang om aan te geven, dat de 5 apotheekhoudende huisartsen in deelgebied 1 en de ziekenhuisapothekers in het overzicht zijn meegenomen. De kleine aantallen maken ook hier een zinvolle vergelijking onmogelijk.

	Deelgebied 1	Deelgebied 2	Deelgebied 3	Flevoland	Nederland
Aantal apothekers	13	19	34	66	2.533
Aantal inwoners per apotheker	4.615	6.315	4.412	5.000	6.315

Specialistische zorg

Voor het overzicht van de huidige situatie in de specialistische zorg hebben we de informatie gerangschikt naar werkgebied van de algemene ziekenhuizen. Behalve informatie over die ziekenhuizen is ook de beschikbare capaciteit van de revalidatiezorg en ambulancezorg in Flevoland weergegeven.

- IJsselmeerziekenhuizen

De IJsselmeerziekenhuizen bieden specialistische ziekenhuiszorg vanuit twee locaties: Lelystad en Emmeloord. In totaal zijn er 413 erkende bedden, waarvan ruim 250 op de locatie Lelystad. Voor het gehele werkgebied betekent dit, dat er 2,3 bedden per 1.000 inwoners zijn. Hoewel dit aantal lager ligt dan dat voor Nederland (2,9 bedden in algemene ziekenhuizen per 1.000 inwoners), is de oriëntatie op andere ziekenhuizen buiten het werkgebied groot. In 1999 waren er 61 medisch specialisten op full-time basis.

De locatie Lelystad telt in totaal 26 specialismen, terwijl op de locatie Emmeloord een wat beperkter pakket beschikbaar is. Inmiddels heeft er voor sommige specialismen een concentratie plaatsgevonden op een van beide locaties. Het gaat dan om de lateralisatie van de klinische neurologie naar de locatie Lelystad (met als gevolg de oprichting van een "stroke unit" met 4 bedden als onderdeel van een transmurale "stroke-service") en die van de electieve klinische orthopedie naar de locatie Emmeloord.

Vanuit het revalidatiecentrum De Trappenberg te Huizen wordt op de ziekenhuislocatie te Lelystad de poliklinische revalidatie en revalidatie dagbehandeling met 4 plaatsen ingevuld.

- Flevoziekenhuis

Het Flevoziekenhuis te Almere zal rond de zomer van dit jaar 295 bedden tellen. Dit betekent, dat er 2,0 bedden per 1.000 inwoners zijn. Dit aantal bestaat uit de 223 bedden die het ziekenhuis binnen het oorspronkelijke gebouw heeft, aangevuld met de 72 bedden die vooruitlopend op de uitbreidingsnieuwbouw in tijdelijke huisvesting beschikbaar zijn gekomen. Deze nieuwbouw zal naar verwachting in 2004 geheel beschikbaar zijn.

De grote dynamiek in het aantal bedden in de afgelopen en komende jaren werkt ook door in het aantal specialistenplaatsen. Per januari 2001 zijn er 57 full-time specialisten werkzaam, maar dit aantal zal tot 2004 verder uitgroeien. Met deze uitbreiding worden ook verschillende specialismen ontwikkeld die tot nu toe niet in Almere (en in Flevoland) niet beschikbaar waren, zoals dialyse en delen van de IVF behandeling.

Annex het Flevoziekenhuis is een dependance gebouwd door het revalidatiecentrum De Trappenberg te Huizen. Ook op de locatie gaat het om een afdeling opgezet voor poliklinische revalidatie en revalidatie dagbehandeling met 10 plaatsen.

- Ambulancezorg

De Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Flevoland is vanuit 5 standplaatsen 7 x 24 uur per week paraat om ingezet te worden voor spoedeisende medische hulpverlening. Op Urk is ter aanvulling daarop de zgn. "first responder" beschikbaar, omdat de bereikbaarheid van deze gemeente vanuit de standplaats Emmeloord onvoldoende is. Deze wagen wordt bemand door

huisartsen en vrijwilligers en kan zeer snel binnen Urk ter plekke zijn. In bepaalde gevallen moet de ambulance uit Emmeloord worden ingeschakeld.

De zorg voor de dagelijkse (spoedeisende) hulpverlening is georganiseerd rond drie clusters met standplaatsen:

- Emmeloord (en Urk);
- Lelystad en Dronten;
- Almere en Zeewolde.

De standplaatsen zijn zo gelokaliseerd, dat een groot deel van de inwoners van Flevoland binnen de gestelde 15 minuten na melding ter plaatse aanwezig kunnen zijn. De continue groei van het inwonertal van Flevoland en daarmee ook de omvang en intensiteit van het verkeer leidt er toe, dat het aantal wagens regelmatig moet worden uitgebreid. Op dit moment is voor 11 wagens een vergunning afgegeven, terwijl die voor een 12^e wagen is aangevraagd.

Het aantal ritten (spoedeisend- en besteld vervoer) is tussen 1998 en 2000 toegenomen van 10.190 tot 11.373.

Tenslotte worden de ambulances ingezet bij grootschalige ongevallen en rampen. In Flevoland zijn voorzieningen aanwezig om in geval van zo'n ramp ingezet te worden.

3.3 Samenwerkingsrelaties tussen zorgorganisaties

De kwalitatieve aspecten van het zorgaanbod zijn bij een regiovisie minstens zo belangrijk als de kwantitatieve aspecten. Centraal staat dan het in beeld brengen van samenwerkingsrelaties en ketens, zowel binnen de provincie als met organisaties buiten Flevoland.

De nadruk in deze inventarisatie ligt op de relaties tussen zorgorganisaties en niet op die tussen beroepsbeoefenaren afzonderlijk. Uiteraard ligt de grens tussen deze twee soorten relaties niet altijd even scherp, maar wij zijn van mening dat in ieder geval zo de belangrijkste relaties in beeld zijn gebracht.

Omdat veel van dergelijke samenwerkingsrelaties een regionaal karakter hebben is bij de weergave ervan indeling in deelgebieden aangehouden. Tenslotte zijn ook samenwerkingsrelaties benoemd die zich op geheel Flevoland richten.

Deelgebied 1: gemeenten Noordoostpolder en Urk

- De huisartsen in dit deelgebied zijn vorm aan het geven aan een nieuwe dienstenstructuur, waarin met name de avond- en weekend diensten worden geregeld. Onderdeel van deze ontwikkeling is ook de vorming van een huisartsenpost op het terrein van het algemene ziekenhuis te Emmeloord.
- Sinds 2000 vormen het algemene ziekenhuis, de regionale thuiszorg en het verpleeghuis de holding IJsselmeerzorg. Via deze holding wordt de onderlinge afstemming en samenwerking tussen deze vormen van zorg verbeterd.

Deelgebied 2: gemeenten Lelystad, Dronten en Zeewolde

- Binnen dit deelgebied werkt het algemene ziekenhuis via het samenwerkingsverband Het Netwerk samen met het verpleeghuis 't Laar (Coloriet) en de thuiszorg (Icare).
- Het algemene ziekenhuis geeft samen met de revalidatiekliniek De Trappenberg (Huizen) invulling aan de revalidatiezorg (polikliniek en dagbehandeling).
- Het algemene ziekenhuis werkt voor verschillende (topklinische) specialismen samen met de Isalaklinieken te Zwolle en de beide academische ziekenhuizen te Amsterdam.
- De Stichting Samenwerkende Gezondheidscentra Lelystad (SSGL) biedt ondersteuning aan diverse beroepsgroepen 1^e lijn (o.a. huisartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten), die voor een groot deel in gezondheidscentra in Lelystad werken.
- De huisartsen in Lelystad, Dronten en Zeewolde ontwikkelen een huisartsenpost bij het algemene ziekenhuis te Lelystad.
- Tussen de ziekenhuisapotheek te Lelystad en de apotheken in Lelystad zijn afspraken gemaakt over medicatie van patiënten na ontslag.

Deelgebied 3: gemeente Almere

- De Zorggroep Almere is een organisatie waar de beroepsgroepen in de eerste lijn, de thuiszorg en de ouderenzorg (verzorgingshuizen en verpleeghuis) zijn geïntegreerd. De eerste lijn is georganiseerd in gezondheidscentra, waar de verschillende beroepsgroepen in zijn ondergebracht.

- De vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de eerste lijn draaien met die van de Zorggroep Almere het dienstenrooster.
- Het Flevoziekenhuis geeft samen met de revalidatiekliniek De Trappenberg (Huizen) invulling aan de revalidatiezorg (polikliniek en dagbehandeling).
- De Zorggroep Almere en het Flevoziekenhuis hebben een medisch coördinatiecentrum opgezet. Hierin wordt voor chronisch zieken de afstemming tussen de specialistische zorg en de zorg thuis afgestemd. Een centrale in dit centrum is de transferverpleegkundige.
- Het Flevoziekenhuis exploiteert een buitenpolikliniek in een gezondheidscentrum van de Zorggroep Almere in Almere Buiten.
- Voor verschillende onderdelen van de topklinische zorg heeft het Flevoziekenhuis een samenwerkingsverband met Amsterdamse academische ziekenhuizen.
- De Zorggroep Almere en het Flevoziekenhuis zijn van plan om een apotheek servicepunt op te zetten. Hierin zal de continuïteit van de medicijnenverstrekking tussen de eerste en tweedelijnszorg worden geregeld.
- De Zorggroep Almere en het Flevoziekenhuis organiseren samen een eerstelijns post ten behoeve van de samenwerking tussen huisartsen, verloskundigen en extramuraal verpleegkundigen.

Provincie Flevoland

In elk deel van Flevoland functioneert een palliatief team, dat de zaken regelt rond de wens van een patiënt om thuis te sterven. In zo'n team zijn verschillende beroepsgroepen / organisaties vertegenwoordigd: huisartsen, medewerkers van de thuiszorg, vrijwilligers terminale thuiszorg, algemene ziekenhuis.

De Regionale Ambulance Voorziening (RAV) Flevoland heeft ter ondersteuning van de dagelijkse en niet dagelijkse spoedeisende hulpverlening een keten ontwikkeld van organisaties, die betrokken zijn bij alle onderdelen van de ambulancezorg. Het gaat dan zowel om de zorginhoudelijke als de bestuurlijke keten.

De ambulancezorg vervult verschillende functies. Ten eerste worden ambulances ingezet om bij (verkeers-)ongelukken of plotselinge aandoeningen (bijvoorbeeld een hartaanval) de patiënt zo snel en zo goed mogelijk naar een ziekenhuis te vervoeren. Het gaat dan om de zgn. A1 (bereikbaarheidscriterium van 15 minuten van toepassing) en A2 ritten: de dagelijkse spoedeisende hulpverlening. Als gevolg van ontwikkelingen rond de kwaliteit van de ambulancezorg (zowel in technologie als deskundigheid van het personeel) is het vervoeren zelf relatief minder belangrijk geworden ten opzichte van de medische hulpverlening ter plaatse of onderweg.

Ten tweede worden ambulances ingezet om patiënten tussen ziekenhuizen te vervoeren dan wel ze naar huis te brengen na behandeling in het ziekenhuis. In de meeste gevallen gaat het niet om spoedeisende ritten, maar om planbare ritten: de zgn. B ritten (besteld vervoer).

Ten derde worden, omdat niet altijd vooraf duidelijk is of de komst van een ambulance noodzakelijk is, ook ritten gemaakt om een EHBO functie te vervullen zonder dat een patiënt wordt vervoerd.

Tenslotte worden ambulances ingezet als onderdeel van de hulpverlening bij grootschalige ongevallen en rampen (zie hierna). Over de inzet van ambulances voor deze specifieke gevallen zijn geen aparte cijfers beschikbaar.

Uit dit overzicht is al af te leiden, dat de ambulancezorg bij uitstek een onderdeel is dat relaties heeft met een groot aantal partijen en organisaties in de gezondheidszorg. Bij de meeste ongevallen is afstemming en samenwerking nodig met huisartsen en ziekenhuis (afdeling spoedeisende hulpverlening). De kwaliteit van die keten is van groot belang, omdat in veel gevallen de hulpverlening in de eerste 10 minuten na een ernstig ongeval bepalend is voor het verdere verloop van de aandoeningen.

Zo zijn er afspraken gemaakt over de betrokkenheid van huisartsen voorafgaand aan de komst van de ambulance. Een speciale regeling geldt op Urk, waar een team van huisartsen en vrijwilligers met gebruik van de zgn. "first responder" de eerste opvang doet in geval van een spoedmelding. De ambulance vervoert de patiënt vaak naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Met de afdeling spoedeisende hulp van dat ziekenhuis zijn afspraken gemaakt over de werkwijze en de overdracht van de patiënt. Via de Centrale Post Ambulancezorg (CPA) wordt tijdens een rit zonodig contact onderhouden over een nieuwe oproep en de eventuele inzet van die wagen daarbij.

Een speciaal aspect van de ambulancezorg betreft de rol bij de grootschalige hulpverlening bij ongevallen en rampen (GHOR). Vanuit het Ministerie van Binnenlandse Zaken wordt naar aanleiding van de nota's "De keten rammelt" en "Met zorg verbonden" al geruime tijd aandacht en invulling gegeven aan het regionaal opzetten van ketens, die bijvoorbeeld bij rampen verantwoordelijk zijn voor de algehele hulpverlening. Er is sprake van dergelijke niet-dagelijkse spoedeisende hulpverlening wanneer er een incident is met 5 of meer slachtoffers. Gemiddeld is 3 keer per jaar sprake van zo'n incident.

De inzet van politie en brandweer is in die gevallen eerder regel dan uitzondering. Tevens is, bijvoorbeeld bij een grootschalig trein- of auto-ongeluk, de coördinatie op bestuurlijk niveau (vanuit gemeente en soms provincie) noodzakelijk.

RAV Flevoland heeft in de afgelopen jaren veel aandacht geschonken aan het opzetten van een kwalitatief goede keten van spoedeisende hulpverlening in Flevoland.

In de Regiovisie Mensen met een lichamelijke handicap Flevoland (najaar 2000) is al aandacht besteed aan revalidatiezorg. Daarin is aangegeven dat de revalidatiezorg het volgende onderscheid kent:

- basis-zorg (niveau 1: algemene revalidatie met enkelvoudige begeleiding),
- basis-plus zorg (niveau 2: algemene multidisciplinaire revalidatie),
- centrum-zorg (niveau 3: diagnosegerichte revalidatie) en
- top-zorg (niveau 4: hooggespecialiseerde revalidatie).

Revalidatiezorg is niet op alle vier de niveaus binnen de provinciegrenzen voorhanden.

Basiszorg wordt geboden in Almere (ondersteuning van de eerste lijn door De Trappenberg), Lelystad (IJsselmeerziekenhuis in samenwerking met De Vogellanden), en Emmeloord (IJsselmeerziekenhuis).

Basis-pluszorg wordt geboden in Almere (dependance van De Trappenberg bij het Flevoziekenhuis voor de poliklinische behandeling van volwassenen), en Lelystad (poliklinische behandeling van volwassenen en kinderen bij het IJsselmeerziekenhuis i.s.m. De Vogellanden).

De verpleeghuizen in Flevoland hebben voor beide vormen van zorg een functie gericht op revalidatie en reactivering. Dit betreft vooral situaties na een opname in het ziekenhuis, bijvoorbeeld na een CVA en een heupoperatie.

Met name voor behandelingen op het niveau van *centrum-zorg* en *top-zorg*, maar ook nog te vaak voor basis-plus zorg is men aangewezen op behandelingen buiten de provinciegrenzen (De Trappenberg te Huizen, De Vogellanden te Zwolle en Revalidatie Friesland te Beetsterzwaag). Vanuit Huizen en Zwolle is in respectievelijk het Flevoziekenhuis en het IJsselmeerziekenhuis locatie Lelystad een afdeling revalidatiedagbehandeling opgericht. Voor kinderen wordt revalidatie soms geboden in combinatie met gespecialiseerd onderwijs (de mytylscholen van De Trappenberg en Revalidatie Friesland).

Een conclusie uit de genoemde regiovisie is:

"Er moet een adequaat, goed bereikbaar netwerk van revalidatievoorzieningen bestaan, waarbij ten minste de 'basis-zorg' en de 'basis-plus-zorg' (niveau 1 en 2) vanuit meerdere locaties in Flevoland geboden moet worden.

Het huidige aanbod kan versterkt worden, bijvoorbeeld in de vorm van transmurale projecten in samenwerking met de eerste lijn. Verpleeghuizen en revalidatiezorg dienen hiervoor met elkaar in overleg te treden om te komen tot een kwalitatief goed product zo dicht mogelijk bij huis. De mogelijkheden tot uitbreiding van de revalidatievoorzieningen moeten worden onderzocht.

Bovendien is alertheid van zorgverleners nodig als het gaat om aansluiting van revalidatie naar de thuissituatie. Te vaak valt er een gat en is meer begeleiding noodzakelijk."

Wij nemen deze conclusie volledig over.

3.4 Conclusies

Het huidige aanbod aan curatieve zorg in Flevoland is op dit moment op verschillende onderdelen niet voldoende. Dat gaat dan vooral over het aantal beroepsbeoefenaren in de eerste lijn. Immers, in de vergelijking met de situatie in Nederland zijn er meer inwoners per beroepsbeoefenaar dan gemiddeld in Nederland. Deze verschillen kunnen voor een deel worden verklaard uit de demografische situatie. Maar in geval van lacunes (nu en in de komende jaren) is het effect op de beschikbaarheid van zorg groot, omdat in grote delen van Flevoland de bevolking verspreid is over

kleinere kernen en het wegvallen van bijvoorbeeld een huisarts een grote impact heeft voor de bevolking. Daarnaast betekent de continue groei van het inwonertal dat (bij een gelijk blijvend aantal beroepsbeoefenaren) het verschil met Nederland nog groter wordt.

In de tweede lijn lijkt het beeld voor Flevoland als geheel niet ongunstig. Echter, de verdeling ervan over de drie deelgebieden en daarmee over de drie ziekenhuislocaties is nogal verschillend. Het aantal bedden in de deelgebieden 1 en 2 is naar verhouding groot, terwijl in Almere de klinische capaciteit tekorten vertoont. De aanstaande uitbreiding van het aantal bedden in Almere zal dan ook een grote verbetering betekenen, als zal voor enkele delen van Flevoland (zoals de gemeente Zeewolde) de beschikbaarheid van zorgaanbod net over de grens van belang blijven.

Tevens is het in geheel Flevoland moeilijk om voorbepaalde specialismen volledig ingevuld te krijgen. Dit speelt met name in deelgebied 1 voor gynaecologie, cardiologie en verloskunde.

Het huidige zorgaanbod in Flevoland is daarmee (iets) kleiner dan gewenst. Vooral in de eerste lijn zijn er naar verhouding grote praktijken. Wel zijn er op veel terreinen intensieve samenwerkingsrelaties tussen verschillende zorgorganisaties ontwikkeld.

Tenslotte zijn er enkele kenmerken van het zorgaanbod die een constante aandacht van alle partijen vereisen en die zelfs in enkele gevallen in de nabije toekomst tot grote problemen zullen leiden. Wij noemen als belangrijkste kenmerken:

- de constante en snelle groei van het inwonertal;
- de toenemende vergrijzing van de bevolking;
- de relatief klein omvang of schaal waarop het zorgaanbod beschikbaar is.

Het belang om met verschillende vormen van zorg en daarmee met verschillende organisaties (zowel binnen Flevoland als daarbuiten) samen te werken is daardoor groot. Het huidige geheel van dergelijke samenwerkingsverbanden zal daarom in de komende jaren waarschijnlijk zich verder ontwikkelen.

4. VRAAG NAAR EN DE ORGANISATIE VAN CURATIEVE ZORG: ONTWIKKELINGEN EN ONZE VISIE DAAROP

4.1 Inleiding

Er zijn verschillende belangrijke onderwerpen in de curatieve zorg die nu of in de komende jaren invloed zullen hebben op de situatie in Flevoland. In dit hoofdstuk zijn die onderwerpen gekozen, die in grote mate bepalend zijn voor de aard, omvang, samenhang en kwaliteit van de zorg in de toekomst. Deze zijn in twee groepen verdeeld:

- 1) onderwerpen die de vraag naar zorg beïnvloeden:
 - * vraaggerichte zorg en invloed van de individuele cliënten;
 - * keuzes in de zorg;
 - * kwaliteit van leven;
 - * omvang en opbouw van de bevolking van Flevoland;
 - * preventie;
 - * medicijngebruik;
 - * technologische en medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen.
- 2) onderwerpen die de organisatie van de zorg betreffen:
 - * invloed van de cliëntenraden;
 - * generalistische zorg;
 - * specialistische zorg;
 - * ambulancezorg;
 - * transmurale zorg en ketenzorg;
 - * personeelsproblematiek;
 - * rol van de informele zorg.

Per onderwerp is allereerst een korte beschrijving gegeven van de huidige situatie (onder andere de knelpunten), gevolgd door enkele mogelijke ontwikkelingen en onze visie daarop. Tenslotte is in een kader de invloed die de ontwikkeling naar verwachting zal hebben op de omvang of structuur van de zorg in de toekomst in Flevoland weergegeven.

4.2 Onderwerpen die de vraag naar zorg beïnvloeden

Vraaggerichte zorg en invloed van patiënten

De vraaggerichte zorg staat centraal bij de toekomstige inrichting van die zorg. Hoewel de wijze waarop de vraaggerichtheid het beste kan worden uitgewerkt nog niet goed is ontwikkeld, zijn er diverse punten te noemen waarmee wij rekening moeten houden.

Vraaggerichte zorg moet recht doen aan de wensen van individuele zorggebruikers en moet leiden tot "zorg op maat". Sturing door de vraag en dus niet sturing van de vraag: vraaggestuurd zorg-aanbod speelt in op wat patiënten willen en belangrijk vinden.

Een ziekte of aandoening kan het leven van een persoon volledig bepalen. Het effect van vraaggerichte zorg moet zijn dat dit aansluit op het leven van die persoon en deze in staat stelt om zo onafhankelijk als mogelijk te functioneren. Vraaggerichte zorg stelt dus de mens achter de patiënt of cliënt centraal: de zorggebruiker is een burger met alle relevante bijbehorende rollen en/of taken (bijvoorbeeld ouder, werknemer, partner enz). Tenslotte leidt de toegenomen mondigheid van de patiënt er steeds vaker toe, dat deze de eigen ervaringsdeskundigheid tenminste even belangrijk vindt als de professionele deskundigheid van de hulpverlener. Vraaggerichte hulpverlening stelt mensen dus in staat richting te geven aan het leven op de door hen gewenste wijze.

Een ander element van die invloed is, dat patiënten inzicht zouden moeten krijgen in de kosten van de zorg. Op dit moment is in veel gevallen sprake van een vorm van verzekering, waarbij de betrokkene weinig of geen inzicht heeft in de kosten van de verleende zorg. Overigens is het de vraag in hoeverre kennis over die kosten invloed heeft op het gebruik van zorg. Als die kennis niet wordt gekoppeld aan het zelf volledig kunnen beschikken over de in te zetten middelen, dan lijkt dat effect klein te zijn.

Informatie en eigen ervaringen of van die van anderen kunnen een cruciale rol spelen in de keuze voor een instelling of hulpverlener. In de praktijk is het effect van deze ervaringen voor het maken

van keuzes vooral afhankelijk van de mate waarin en de wijze waarop instellingen en hulpverleners communiceren en informatie verschaffen. Zo leidt bijvoorbeeld een negatieve ervaring er vaak toe, dat van hulpverlener wordt gewisseld of dat naar een ander ziekenhuis wordt gegaan.

Wij zijn van mening, dat het systeem van de gezondheidszorg nog niet volledig is ingesteld op een optimaal vraaggericht zorgaanbod. Om dat te bereiken moet in ieder geval aan twee voorwaarden worden voldaan:

- de vraag van een persoon moet helder zijn. Dit stelt eisen aan de communicatie tussen de zorgvrager en de hulpverlener;
- de zorgvrager moet over goede en adequate informatie beschikken over de aard, kwaliteit en aanwezigheid van het zorgaanbod, alsmede de keuzemogelijkheden daarin.

De positie van de individuele zorgvrager zal op verschillende manieren moeten worden versterkt. De belangrijkste voorwaarde hiervoor is, dat de cliënt in staat moeten worden gesteld om die rol ook waar te maken. Versterking van zorgvragersorganisaties door de ZorgGebruikersBundeling Flevoland is daarvoor de meest geëigende weg.

Het komen tot een zo optimaal mogelijk vraaggericht zorgaanbod betekent, dat op verschillende plaatsen in de zorgstructuur zaken bekeken en zo nodig verbeterd moeten worden. Twee belangrijke punten van aandacht zijn:

- het zodanig organiseren van de zorg, dat met de vraag als uitgangspunt een coherent geheel van verschillende handelingen mogelijk wordt (uitgevoerd door zo nodig meerdere organisaties / hulpverleners);
- in staat stellen dat de zorgvrager als individu of als groep de vraag kan uiten (informatievoorziening, belangenbehartiging, begeleiding).

Beide aspecten hebben betrekking op de kwaliteit van de hulpverlening.

Toegankelijkheid van zorgaanbod

De mogelijkheid om van zorgaanbod gebruik te maken wordt onder andere beïnvloed door de omvang van wachtlijsten. Via internet is te raadplegen voor welke specialismen er regionaal en/of landelijk wachtlijsten zijn. Een tweede functie van deze lijsten is dat ze patiënten informatie geven op basis waarvan zij de keuze voor een bepaalde instelling of specialist kunnen maken. Vooral patiënten met gecompliceerde aandoeningen die met opeenvolgende zorgvormen worden geconfronteerd, kunnen te maken krijgen met een cumulatie van wachttijden. Dit leidt tot verstopping in de instellingen (verkeerde-bed problematiek) en soms tot her-diagnoses. De zorgverzekeraars bemiddelen in dit kader actief om plaatsing van patiënten binnen aanvaardbare wachttijden mogelijk te maken. De effecten van het inzetten van extra middelen voor het opheffen van de wachtlijsten zullen nog moeten worden bekeken. Een recente ontwikkeling is die waarbij patiënten de behandeling in het buitenland vergoed krijgen indien de wachttijd in Nederland te lang is. Het is de verwachting dat de verzekeraars in toenemende mate de mogelijkheden hiervoor zullen uitbreiden. Overigens zal het niet mogelijk zijn om wachttijden helemaal te voorkomen. Voor sommige behandelingen is dat overigens geen probleem.

Toegankelijkheid impliceert ook, dat het zorgaanbod beschikbaar en bereikbaar is. Is er sprake van een keuze als het alternatief moeilijk bereikbaar is, ver weg ligt of als er via de verzekeringspolis beperkingen zijn opgelegd in het aantal instellingen waarvan gebruik gemaakt kan worden? Om in die gevallen de negatieve effecten zo veel mogelijk te voorkomen is informatie over welke vormen van zorg in welke plaats beschikbaar zijn belangrijk. Daarnaast is de bereikbaarheid per openbaar vervoer een factor, die de keuze voor een zorginstelling kan beïnvloeden. Het is de vraag of beschikbaarheid (en bereikbaarheid) van zorg buiten kantooruren een goede aanvulling is. Ook het meer decentraliseren van bepaalde ziekenhuisfuncties draagt bij tot een betere bereikbaarheid van die zorg.

Tenslotte kan de toegankelijkheid van de zorg afhankelijk zijn van de mate waarin sprake is van marktwerking c.q. commercialisering of monopolievorming. Op dit moment is de rol van commerciële instellingen binnen de geïndiceerde zorg klein: alleen in de thuiszorg zijn commerciële organisaties actief. Binnen de niet-geïndiceerde zorg neemt het aanbod door privé-klinieken toe (b.v. plastische chirurgie), hoewel het effect van dergelijke instellingen op het gebruik van "reguliere" instellingen nog gering is.

In geval van monopolievorming is de mogelijkheid van patiënten om invloed uit te oefenen op het proces in de zorg een punt van aandacht. Het zal afhangen van de mate waarin de zorginstellingen

klantgericht zijn of er dan negatieve effecten zullen optreden. Tevens hang het ervan af of andere partijen, zoals de zorgverzekeraars of lokale overheden, invloed kunnen uitoefenen op die organisaties.

Een goede toegankelijkheid van de zorg veronderstelt informatie over en inzicht in de structuur en het aanbod van de zorg. Wij streven er daarom naar de wachttijden en wachtlijsten zo goed en volledig mogelijk in beeld te brengen.

De meeste vormen van zorg in de eerste lijn zijn redelijk tot goed bereikbaar, al zullen de ontwikkelingen in de komende jaren hier een negatieve invloed op hebben. Specialisatie, concentratie van bepaalde handelingen en wachtlijsten leiden er soms toe, dat voor ziekenhuiszorg gemiddeld grotere afstanden moeten worden afgelegd. De situering van algemene ziekenhuizen is zodanig, dat er voor de Flevolandse op basis van verschillende criteria nog voldoende keuzemogelijkheden zijn. In het midden en zuiden van de provincie zijn die mogelijkheden evenwel groter dan in het noorden door de nabijheid van ziekenhuizen in aangrenzende provincies. Sommige functies lenen zich goed tot spreiding binnen het werkgebied van een ziekenhuis. Tenslotte gaan wij ervan uit, dat bij elke discussie over de organisatie en structuur van de zorg de kwaliteit ervan centraal staat.

Kwaliteit van leven

De nabijheid en beschikbaarheid van kwalitatief hoogstaand zorgaanbod is voor velen vanzelfsprekend en de gezondheid wordt door vrijwel iedereen beschouwd als het belangrijkste aspect van het leven. Het niveau van de medische wetenschap is zodanig hoog, dat de verwachtingen ten aanzien van de mogelijkheden "oneindig" zijn. De toename van de gemiddelde levensduur in de afgelopen 25 jaar met 6 jaren rechtvaardigt zo'n houding. Echter, deze veroudering heeft er niet toe geleid dat het aantal gezonde levensjaren in die zelfde mate is toegenomen: medische handelingen zijn voor een deel levensverlengend en niet genezend. Na een levensreddende ingreep is juist relatief veel intensieve zorg nodig. Bij sommigen leidt zicht op en inzicht in met name (ouderdoms-)ziekten overigens tot de overtuiging, dat de behandeling niet meer zou moeten worden voortgezet of dat de laatste levensfase wordt doorgebracht in de eigen omgeving in plaats van een ziekenhuis of verpleeghuis.

Veranderingen in het algemene beeld van "kwaliteit van leven" hebben invloed op de vraag naar zorg. Die invloed komt vaak geleidelijk tot uiting en heeft meestal het grootste effect bij één of enkele onderdelen (b.v. euthanasie, abortus, terminale thuiszorg). Vrijwel altijd treden veranderingen in genoemd beeld op als gevolg van maatschappelijke ontwikkelingen die hun oorsprong buiten Flevoland hebben. Er moet voldoende aandacht zijn om de effecten van die ontwikkelingen te vertalen in aanpassingen in de zorgstructuur in Flevoland.

Omvang en leeftijdsopbouw van de bevolking van Flevoland

Bij een vraaggericht zorgaanbod is de demografische situatie een belangrijke factor die de omvang en aard van de zorgvraag nu en in de toekomst bepaalt. Er is daarom aandacht voor verschillende kenmerken van die demografie. In bijlage 3 zijn tabellen en figuren opgenomen die de belangrijkste ontwikkelingen in beeld brengen.

De omvang van de bevolking is een eerste kenmerk. Tot het jaar 2010 zal het inwonertal van Flevoland groeien van 315.000 inwoners nu tot 417.600: een groei van 25 %. Deze groei is voor het grootste deel te verklaren door de overlooppuntfunctie van Flevoland voor de Randstad. De bevolkingsgroei is in absolute zin het grootst in Almere: van 142.000 inwoners in 2000 tot 206.300 in 2010. Dan zal de helft van de inwoners van Flevoland in Almere wonen. Maar ook Lelystad en Dronten zullen in de komende jaren sterk groeien.

Behalve het aantal inwoners wordt de vraag naar zorg ook sterk beïnvloed door de leeftijd. Een groot deel van de zorgvraag is leeftijdsspecifiek: (vroeg-)geboorte, hartfalen, kankers, reuma etc. Op dit moment is 71 % van de bevolking jonger dan 45 jaar. Voor Nederland ligt dit aandeel met 61 % een stuk lager. De sterk leeftijdsselectieve migratie (jonge gezinnen en kinderen) is de verklaring voor dit grote verschil. Ook in de toekomst blijft dit verschil bestaan. Maar ook binnen Flevoland

zijn de verschillen groot. In Urk, Almere en Zeewolde is ongeveer driekwart van de bevolking jonger dan 45 jaar, terwijl dit aandeel in de Noordoostpolder op 64 % ligt. Deze verschillen zullen de komende jaren blijven bestaan, zij het iets minder extreem.

Ditzelfde geldt voor de verschillen ten aanzien van de groep ouderen. In de afgelopen 10 jaar is het aandeel mensen van 65 jaar en ouder in de bevolking toegenomen van 8,6 % naar 8,9 %. Deze ontwikkeling is te zien als vergrijzing, vooral omdat binnen de groep 65 jaar en ouder vooral het aantal mensen van 75+ sterk is toegenomen. Voor Nederland ligt het aandeel ouderen overigens nu een stuk hoger op 13,6 %.

Niet alleen het aandeel maar ook het aantal ouderen zal de komende 10 jaar toenemen. Het gaat dan om een toename met ongeveer 11.000 mensen ouder dan 65 jaar, die dan in 2010 als groep 9,8 % van de bevolking van Flevoland uitmaken. De sterkste toename zit in de groep 75+, die in die periode ongeveer in aantal zal verdubbelen. De toename in de groep ouderen doet zich in alle gemeenten voor, maar relatief het sterkst in Zeewolde. De gemeente met in 2010 het grootste aandeel inwoners ouder dan 65 jaar zal Dronten zijn (13,3 %), terwijl dat nu Noordoostpolder is (12,9 %).

De bevolkingsopbouw van Flevoland wijkt nog steeds af van die van Nederland en dit zal ook in de komende jaren zo blijven. Dit betekent, dat er voor leeftijdsspecifieke aandoeningen altijd een correctie moet plaatsvinden om de vergelijking tussen Flevoland en Nederland te kunnen maken. Wij zullen bij de organisatie en ontwikkeling van de curatieve zorg in Flevoland rekening houden met die specifieke leeftijdsopbouw.

Preventie

In het algemeen wordt bij preventie een onderscheid gemaakt tussen primaire en secundaire preventie (Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, RIVM).

Primaire preventie: het voorkómen dat gezondheidsproblemen of zelfs gezondheidsrisico's optreden (voorbeelden: vaccinatie, voorlichting over gezonde voeding en roken);

Secundaire preventie: het voorkomen van (ergere) schade als gevolg van een gezondheidsprobleem (voorbeelden: screening, opsporing en behandeling van diabetes en verschillende vormen van kanker);

Er worden verschillende methoden ingezet om resultaten van preventie te bereiken:

- wet- en regelgeving;
- vaccinaties;
- medicatie (foliumzuur);
- screening;
- wegnemen van barrières voor gezond gedrag of juist vergroten van de mogelijkheden;
- gebruik van "beloning" en "straf";
- (daarmee samenhangend) voorzieningenbeleid (bijvoorbeeld condoomautomaten).

De curatieve sector heeft een aantal aangrijpingsmogelijkheden voor met name secundaire preventie. Voorbeelden zijn dan de behandeling van overgewicht, stop-met-roken-adviezen in de huisartspraktijk of het voorkomen van recidieven bij sportblessures in de fysiotherapie. Het blijkt in zijn algemeenheid moeilijk om primaire preventie te plegen (het geven van gezondheidsadviezen aan de totale bevolking). Hoewel de effecten vaak niet goed meetbaar zijn, kan er op dat onderdeel nog veel worden ontwikkeld.

In vrijwel alle gevallen speelt voorlichting een cruciale rol in de effectiviteit van (preventieve) activiteiten. Die effectiviteit is in zijn algemeenheid groter naarmate:

- beter wordt aangesloten bij de vraag of aandoening dan wel specifieke kenmerken van de doelgroep (voorkennis, houding, belangstelling);
- een samenhangend pakket aan activiteiten wordt aangeboden (zie bovenstaande instrumenten); voorlichting vanuit verschillende hoeken en zowel massamediaal als persoonlijk;
- meer systematisch en planmatig te werk wordt gegaan.

Wanneer – uitsluitend – gebruik wordt gemaakt van voorlichting is de effectiviteit afhankelijk van de mate waarin mensen in staat en bereid zijn de adviezen op te volgen en daarmee de bereidheid om hun levenswijze te veranderen. Dit hangt af van:

- eigenschappen van de doelgroep (jeugd, ouderen, opleidingsniveau, normen en waarden);

- de moeite die het gevraagde gedrag voor de betreffende doelgroep kost;
- geloofwaardigheid van de boodschap en de zender.

Het belang en de mogelijkheden van preventie zijn groot en via verschillende wegen zijn de effecten ervan te vergroten. Wij vinden dat voor preventie meer aandacht en inzet van kennis en middelen nodig is.

Medicijngebruik

Het gebruik van medicijnen heeft tot doel een gunstig effect te bereiken op het verloop van een ziekte of aandoening. Medicijnen kunnen als enige middel worden gebruikt, maar kunnen ook onderdeel zijn van een uitgebreid behandelplan (zoals bij kankerbestrijding of hartfalen).

Het medicijngebruik neemt landelijk toe. Gemiddeld is het aantal voorschriften tussen 1989 en 1995 met 9 % per jaar toegenomen. Binnen de bevolking neemt het gebruik toe met de leeftijd vanaf 45 jaar. Het gaat dan vooral om hoofdgroep B (t.b.v. bloed en bloedvormende organen), waaronder de cholesterol verlagende middelen.

Voor veel aandoeningen is het gebruik van medicijnen over het algemeen een patiëntvriendelijke manier van hulpverlening: er is meestal geen opname of ingreep nodig. Nieuwe kennis over oorzaken van aandoeningen en de daaraan gekoppelde ontwikkeling van nieuwe medicijnen leidt er toe, dat medicijnen voor de genezing van steeds meer aandoeningen kunnen worden gebruikt. Echter, medicijnen kunnen na (langdurig) gebruik bijverschijnselen veroorzaken, hetgeen weer medisch ingrijpen noodzakelijk maakt. Het voorschrijven van de juiste medicijnen en het bepalen van de juiste dosering is daarom aan deskundigen: huisarts, specialist, tandarts en verloskundige. Ter ondersteuning van de rol voor deze beroepsgroepen wordt op verschillende plaatsen in Flevoland het (transmuraal) farmacotherapeutisch overleg gevoerd.

Een deel van de medicijnen wordt niet meer op recept verkocht, maar is bijvoorbeeld bij drogisterijen verkrijgbaar. De mate waarin die ontwikkeling verder zal gaan is niet in te schatten. Wel is de kans groot dat via internet meer medicijnen vrij verkrijgbaar worden, omdat ze in het buitenland te koop zijn. De informatiefunctie van huisarts maar vooral apotheek lijkt dan ook steeds belangrijker te worden. Binnen deze meer transparante en op de vraag gerichte keuze van medicijnen zou voor een grote invloed van industrie en groothandel geen plaats meer moeten zijn.

Goede informatie over medicijnen en hun effecten is van groot belang. Alle partijen in de zorg hebben daarin een taak. Daarnaast zal beïnvloeding van het voorschrijfgedrag door de farmaceutische industrie afgeremd moeten worden.

Technologische en medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen

In de afgelopen decennia is de kennis over het functioneren van het menselijk lichaam sterk toegenomen en zijn er grote ontwikkelingen geweest op medisch technologisch gebied. Vanuit het verleden is de ervaring, dat deze vernieuwingen leiden tot een vergroting van de vraag naar zorg (en daarmee van de kosten). Aanvullend op bestaande handelingen zijn er ook meer (specialistische) ingrepen mogelijk. Dit leidt tot zowel het eerder of beter kunnen behandelen van reeds bekende aandoeningen, als tot het ontdekken van nieuwe aandoeningen waar voorlopig nog geen behandeling voor beschikbaar is.

Er zijn op drie terreinen technologische ontwikkelingen te zien: communicatie, monitoring en therapeutische technologieën.

De opkomst van internet maakt het mogelijk om op een andere wijze dan via een consult de hulp van een (huis)arts in te roepen. Dit zal in ieder geval leiden tot een grotere informatiestroom naar de patiënt. De effecten hiervan zijn moeilijk te benoemen, maar zullen zeker niet leiden tot het overbodig maken van de huisarts. Het kan er zelfs toe leiden dat men eerder en vaker een beroep doet op de huisarts (onzekerheidsreductie bij de patiënt). Anderen zullen op basis van de beschikbare informatie niet meer naar de huisarts gaan en stellen zelf een diagnose. Wanneer men later toch een beroep doet op de huisarts, dan zou men vooral met ernstiger klachten kunnen komen omdat men zelf de ernst van de klacht niet heeft onderkend of verkeerd mee omgegaan is. Het hebben van de juiste informatie is derhalve essentieel. De opkomst van internetsites voor

bepaalde patiëntengroepen is hierdoor te verklaren. Op deze wijze komt informatie beschikbaar over de kwaliteit van zorg, de mogelijkheden van het opvragen van een second opinion en resultaten van recent onderzoek. Tenslotte zijn er steeds meer toepassingen van communicatietechnologie in de zorg. Zo kan het personeel van de ambulance al tijdens de rit naar het ziekenhuis gegevens over de toestand van de patiënt versturen. Daardoor kunnen bij aankomst de benodigde apparaten en specialisten al klaar staan.

De technologische ontwikkelingen bieden al veel mogelijkheden om de voortgang op en de controle over het genezingsproces te volgen. Een effect kan zijn, dat patiënten niet meer voor controles naar het ziekenhuis hoeven of eerder naar huis kunnen door het gebruik van mobiele monitorapparatuur. De impact op de organisatie en omvang van de zorg zal op de korte termijn echter klein zijn.

Een gevolg van technologische ontwikkelingen waar nu al effecten van te zien zijn, is de vernieuwing en verbetering van medisch technologische apparatuur. Het is de verwachting dat die ontwikkeling zich verder zal doorzetten. Er komen bijvoorbeeld steeds nieuwe apparaten op de markt die het mogelijk maken om (delen van) specialistische verrichtingen buiten een setting van een academisch ziekenhuis te doen. De mate waarin algemene ziekenhuizen die verrichtingen kunnen uitvoeren neemt dan toe, hetgeen gevolgen heeft voor de adherentie, kwalitatieve en kwantitatieve personeelsbehoefte, reisafstand voor patiënt en familie etc. Het opereren "per satelliet" biedt eveneens veel kansen.

De verwachting is dat de technologische vernieuwingen zich in de komende jaren zullen voortzetten. De medische technologie gericht op diagnose of behandeling zal naar verwachting een blijvend grote invloed hebben op de aard en invulling van het zorgaanbod. De effecten hiervan op het zorgproces zijn wel op onderdelen (bij benadering) te benoemen, maar de gevolgen voor bijvoorbeeld het aantal mensen dat in een jaar een beroep doet op een huisarts of een medisch specialist is niet te becijferen. Ook is niet te voorspellen of onderzoek op bijvoorbeeld de genezing van kanker over 10 jaar zo ver zal zijn gevorderd, dat de bijbehorende zorgvraag dan sterk zal zijn verminderd.

Wij gaan ervan uit, dat de effecten van (medische) technologie in de komende jaren vooral bestaan uit het verbeteren en stroomlijnen van bestaande zorgprocessen. Communicatie met de patiënt over het zorgproces is hier een belangrijk onderdeel van. Met de komst van internet is de beschikbaarheid van informatie over ziektebeelden en zorgprocessen sterk toegenomen.

4.3 Onderwerpen die de organisatie van de zorg betreffen

Invloed van de cliëntenraden

De invloed van cliënten op het beleid van zorginstellingen is vastgelegd in de Wet Medezeggenschap Cliëntenraden Zorginstellingen (WMCZ). In deze wet, die in juni 1997 in werking is getreden, is vastgelegd dat elke instelling in de zorg een cliëntenraad moet hebben en aan welke voorwaarden die raad moet voldoen. Via de cliëntenraad wordt invloed uitgeoefend op niet alleen het beleid van een instelling, maar ook op het niveau van de dagelijkse activiteiten. Via de cliëntenraad kunnen de zorgvragers dus meer informatie krijgen over en invloed hebben op de gang van zaken binnen een zorginstelling. De invulling van de relatie cliënt – hulpverlener is daarbij een belangrijk item, dat via cliëntenraden goed is te organiseren. Over bepaalde zaken zoals organisatiewijziging of begroting wordt de cliëntenraad geacht advies uit te brengen.

Via cliëntenraden hebben zorgvragers invloed op de organisatie van de zorg. Omdat nog niet alle instellingen over dergelijke raden beschikken, is het effect van die invloed kleiner dan gewenst.

Generalistische zorg

De laatste jaren vervullen de huisartsen steeds meer een coördinerende rol in de zorg: zij zijn dan te zien als behandelaars in de curatieve keten en als vertrouwenspersoon. De versterking van hun positie wordt om verschillende redenen wenselijk geacht of mogelijk gemaakt:

- de wens van patiënten om zo lang mogelijk de zorg dicht bij huis te ontvangen (inclusief extramuralistie van klinische zorg);

- toenemende werkdruk op de huisarts (zowel vanuit de patiënten als vanuit eisen en regelgeving);
- technologisch en medisch inhoudelijke vernieuwingen, waardoor bepaalde verrichten buiten het ziekenhuis kunnen plaatsvinden;
- de mogelijkheden voor praktijkdifferentiatie (eerstelijns verpleegkundigen, praktijkassistenten).

De vraag is echter, of zij die rol wel goed kunnen invullen vanwege de wachtlijsten in de tweede lijn, transmurale ontwikkelingen, vergrijzing, (financiële) regelgeving etc. Met de genoemde ontwikkelingen lijkt de benaming van poortwachter zo langzamerhand strijdig met de praktijk, waarbij de huisarts steeds vaker grote moeite moet doen om iemand ergens geplaatst te krijgen. Huisartsen werken steeds minder in solopraktijken: van 49 % in 1995 tot 44 % in 1999. In Flevoland ligt dit aandeel nog lager vanwege het grote aantal gezondheidscentra. De meerderheid werkt inmiddels in gezondheidscentra (Almere) of HOED-constructies (huisartsen onder één dak: met name Lelystad). Zo'n werkwijze veronderstelt een positieve invloed te hebben op de kwaliteit van de zorg, vooral omdat daardoor de huisarts in een minder kwetsbare positie verkeert. Dergelijke ontwikkelingen zullen zich vertalen in een andere rol van de huisarts. Er zullen verschillende maatregelen nodig zijn om de gewenste doelen te bereiken:

- meer samenhang en afstemming binnen de eerstelijns zorg (onder andere grootschalige waarnemingen tussen huisartsen, vorming van groepspraktijken) en met de informele zorg;
- meer mogelijkheden (o.a. meer capaciteit, deskundigheid en taakdifferentiatie) voor de huisarts om taken uit te voeren;
- meer coördinatie binnen de gehele zorg en dan met name met de tweede lijn.

De mate waarin deze doelen bereikt kunnen worden hangt vooral af van de mogelijkheid om het huidige tekort aan huisartsen in de toekomst (vergrijzing van de beroepsgroep) te verkleinen. Specifieke zaken die daarin een rol spelen zijn factoren die het uittreden van huisartsen beïnvloeden (zoals de uitkering van het "goodwill" fonds in 2003) en de mogelijkheden om nieuwe artsen aan te trekken (zoals de aantrekkelijkheid van een vestigingsplaats). Deze problematiek speelt in vrijwel alle delen van Flevoland, zodat inmiddels hiervoor de "Task Force Huisartsen Flevoland" is opgericht. Deze task force moet worden gezien als voorloper van de op te richten Stuurgroep Curatieve Zorg Flevoland (zie bijlage 4).

Bij andere beroepsgroepen zijn ook specifieke ontwikkelingen waarneembaar.

Het huidige tekort aan verloskundigen is niet op korte termijn op te heffen. Zowel de duur van de opleiding als verhoging van de vergoedingen zullen waarschijnlijk op termijn van enkele jaren effect sorteren. Daar staat tegenover, dat voor de komende jaren een verdere toename van het aantal geboorten wordt verwacht en er (vanwege de werkdruk) wordt gepleit voor een verlaging van het aantal te verrichten bevallingen per jaar. De druk op de ziekenhuizen (meer (poli-)klinische bevallingen) is dan evident.

De verdere uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor tandartsen moet voorkomen dat ook voor deze groep het huidige tekort, gecombineerd met de te verwachten relatief grote uitstroom in de komende jaren vanwege de leeftijd, over 5 jaar nog groter is. Gezien het tekort aan tandartsen zouden zij in navolging van de huisartsen in de grotere kernen kunnen komen tot een "TOED-constructie". In deze vorm werken verschillende tandartsen samen met mondhygiënist en preventie-assistenten. Via een ver doorgevoerde taakverdeling kunnen per tandarts meer patiënten worden behandeld dan in solopraktijken.

De situatie bij de fysiotherapeuten lijkt relatief gunstig: er is niet echt een personeelstekort. De afstemming met b.v. de ouderenzorg is in ontwikkeling.

De rol van de apothekers is aan verandering onderhevig. Steeds meer middelen en medicijnen zijn via alternatieve kanalen beschikbaar (drogist, internet). Op basis van protocollen gaat men zich meer richten op ziektebeelden dan op medicijnen alleen: het bieden van voorlichting en dienstverlening aan patiëntgroepen.

De onderlinge relatie tussen de verschillende beroepsbeoefenaren komt onder andere tot uiting bij de terminale thuiszorg. Er zijn initiatieven waarbij op basis van lokale afspraken middelen worden overgedragen vanuit de intramurale zorg, teneinde de extra inzet van thuiszorg, huisarts of verzorgingshuis te financieren.

Met name voor huisartsen zijn er diverse ontwikkelingen, waardoor hun rol binnen de zorg en hun werkwijze zal veranderen: uitbreiding van taken, vergrijzing van zowel patiënten als huisartsen,
--

mogelijkheden voor differentiatie, noodzaak tot intensievere onderlinge samenwerking (waarnemingen) en mondigheid van de patiënt. Door dit complex van factoren zijn soms ingrijpende maatregelen nodig, die echter wel op maat moeten worden uitgewerkt. Voor de andere beroepsgroepen in de eerste lijn zijn deze ontwikkelingen ook actueel. Wij zijn van mening, dat er meer overleg tussen beroepsbeoefenaren over specifieke afstemming en samenwerking nodig is. De afstemming tussen eerste en tweede lijn (per deelgebied!) is daarbij belangrijk.

Specialistische zorg

Het is de verwachting, dat het aanbod van (delen van) topklinische verrichtingen in Flevoland in de komende jaren uitgebreid zal worden. Van de functies die onder de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen vallen gaat het dan met name om de volgende: neurochirurgie, radiotherapie, orgaantransplantaties, IVF, (haemo)dialyse, bijzondere perinatologische zorg en hartchirurgie. Deze uitbreiding wordt onder andere verklaard door de kansen die technologische en medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen bieden (zie hierboven). Maar het ambitieniveau van de beide ziekenhuizen in Flevoland, zoals in het vastgestelde plan Algemene Ziekenhuizen Flevoland is neergelegd, speelt hierin ook een rol. Een grotere beschikbaarheid van specialistische functies draagt bij tot de gewenste functie van het algemene ziekenhuis als geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf. Het is echter de vraag of beide ziekenhuizen in Flevoland dit apart kunnen of moeten ontwikkelen. Wij gaan ervan uit, dat de kans op succes groter is indien ze hierover met andere ziekenhuizen afspraken maken. Samenwerking met ziekenhuizen met topklinische zorg in met name Zwolle, Hilversum en Amsterdam is dan zeer belangrijk. De te ontwikkelen topklinische voorzieningen zouden daar moeten worden gelokaliseerd, waar ze het meest doelmatig kunnen worden ontwikkeld. Voorbeelden zijn de plannen voor de ontwikkeling van radiotherapie en nucleaire geneeskunde in het Flevoziekenhuis te Almere. De verzekeraars spelen in deze discussie een belangrijke rol. Belangrijke criteria daarbij zijn bereikbaarheid vanuit verschillende delen van Flevoland, specialistische kennis en kwaliteit van zorg. De mate waarin deze verwachting uitkomt is afhankelijk van verschillende factoren:

- de afstemming en samenwerking met topklinische ziekenhuizen;
- de snelheid waarmee technologische en medisch-wetenschappelijke ontwikkelingen kunnen worden omgezet in voor algemene ziekenhuizen toepasbare vormen van zorg;
- de mate waarin de beide ziekenhuizen in Flevoland in staat zijn om met hun respectievelijke samenwerkingspartners topklinische zorg te ontwikkelen;
- de groei van het inwonertal en de mate waarin die inwoners aandoeningen zullen hebben die topklinische zorg vereisen.

Naast samenwerking met algemene of academische ziekenhuizen zijn sommige te ontwikkelen specialismen alleen mogelijk in samenwerking met andere zorgvormen in Flevoland, zoals bij de geriatrie in relatie toe de ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg.

Ook voor de “dagelijkse” specialistische zorg is er een relatie met ziekenhuizen buiten Flevoland, als verschilt het effect ervan per ziekenhuis. Een deel van de inwoners van het noorden en midden van de provincie is georiënteerd op een ziekenhuis in met name Harderwijk, Meppel of Zwolle. Voor Almere gaat dit minder op en het beleid is erop gericht dat 85 % van de inwoners van het “eigen” ziekenhuis gebruikmaken. Wij zijn van mening, dat de ziekenhuizen in Flevoland er naar moeten streven om een zo groot mogelijk deel van de “eigen” inwoners op te kunnen nemen. In bepaalde situaties is uitstroom naar omliggende ziekenhuizen een gegeven, zoals de oriëntatie van Zeewolde op het ziekenhuis te Harderwijk als gevolg van de slechte bereikbaarheid van Lelystad en Almere. In het geval van de IJsselmeerziekenhuizen kunnen op onderdelen (bijvoorbeeld in geval van beperkte beschikbaarheid van bedden of specialisten) nadere afspraken met die ziekenhuizen worden gemaakt.

Met dit aspect is nauw verbonden de discussie over de minimum omvang van een ziekenhuislocatie. Dit is op dit moment actueel voor het toekomstige functiepakket van de vestiging Emmeloord van de IJsselmeerziekenhuizen. Vooral het tekort aan specialisten en de kwetsbare bezetting bij enkele specialismen heeft de discussie op gang gebracht over de vraag of op die locatie een volledig functiepakket in de toekomst te handhaven is. Volgens ons zou, vooral gezien de grote afstanden tot andere ziekenhuizen, er ten minste een minimumpakket aan functies beschikbaar moeten blijven gericht op de acute zorg en / of de zorg voor chronische patiënten. De

wijze waarop die zorg op verantwoorde wijze blijvend kan worden geboden zal in overleg met de locatie Lelystad van de IJsselmeerziekenhuizen, de huisartsen in het deelgebied 1 en andere organisaties (met name thuiszorg en ouderenzorg) moeten plaatsvinden.

Wij zijn van mening, dat ongeacht de mate van specialisatie van een ziekenhuis er veel aandacht moet zijn voor de toegankelijkheid en bereikbaarheid van zorg. Concentratie van specialistische functies ligt voor de hand, maar bepaalde verrichtingen kunnen in bepaalde gevallen zeker ook elders worden uitgevoerd. Een voorbeeld is dan de buitenpolikliniek te Almere-Buiten van het Flevoziekenhuis. Dit is nog wel vormgegeven binnen de ziekenhuisorganisatie, maar ontwikkelingen kunnen er toe leiden dat specialistische zorg in de toekomst wordt overgenomen door gespecialiseerde verpleegkundigen bij patiënten in de thuissituatie dan wel in de eerste lijn. Of, zoals de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg het in haar recente advies "Medisch-specialistische zorg in de toekomst" formuleert: de allocatie van medisch-specialistische zorg moet in de toekomst flexibeler verlopen. In de visie van deze Raad komen er steeds meer kleinschalige, flexibele samenwerkingsverbanden die snel op wisselende omstandigheden kunnen inspelen. Wij onderschrijven die visie.

De kansen en mogelijkheden om (delen van) topklinische functies in Flevoland aan te bieden zijn zeker aanwezig. De beide ziekenhuisorganisaties zullen zich daar actief op richten. De uiteindelijke invulling ervan zal per geval moeten worden nagegaan. De beschikbaarheid van "dagelijkse" specialistische functies zal het kernpunt moeten worden van het beleid op de middellange termijn.
--

Ambulancezorg

In de afgelopen jaren is de aandacht voor de kwaliteit en doelmatigheid van de ambulancezorg sterk toegenomen.

In het Regionaal Ambulance Plan (RAP) Flevoland zijn maatregelen aangekondigd om knelpunten in de ambulancezorg te verbeteren. Met het eerder beschikbaar komen van extra middelen als gevolg van de gewijzigde tariefstructuur kan de oplossing voor die knelpunten naar voren worden gehaald. Een probleem dat nog niet is opgelost is het effect van de wijziging in de bepaling van de kwartiergrens. Tot voor kort werd de ambulance geacht binnen een kwartier na het verstrekken van de opdracht op de bestemde plek aanwezig te zijn. Landelijk wordt thans uitgegaan van een kwartier na melding bij de Centrale Post Ambulancevervoer (CPA). Deze wijziging houdt in, dat de verwerkingstijd bij de CPA wordt meegenomen in de bepaling van de kwartiergrens. Bij ongewijzigd beleid zou dit leiden tot vergroting van het aantal overschrijdingen van de kwartiergrens.

Niet alleen de groei van het inwonertal heeft gevolgen voor de inzetbaarheid van de ambulances, maar ook de toename van het aantal recreatieve voorzieningen in Flevoland en daarmee van het aantal passanten heeft grote consequenties. Vooral in de zomermaanden kan een combinatie van verschillende spoedsituaties, beperkte beschikbaarheid van wagens en het worden ingezet bij spoedmeldingen waar eigenlijk huisartsen in eerste instantie naar toe worden geroepen, leiden tot langere aanrijtijden.

De mogelijkheid voor ambulances om op tijd beschikbaar te zijn wordt bepaald door het aantal wagens, de spreiding en de paraatheid ervan. Ook de verhouding stedelijk en plattelandsgebied, die tot uiting komt in de verkeersdrukte, de wegenstructuur (b.v. het aantal rotondes) en het aantal ongelukken dat tegelijk plaatsvindt zijn van invloed.

Landelijk is in opdracht van de minister van VWS een onderzoek uitgevoerd naar de doelmatigheid en kwaliteit van de ambulancezorg. Daarin is geconcludeerd, dat in veel gebieden de doelmatigheid van de hulpverlening kan worden verbeterd en dat vooral de vorming van de RAV sterk achter blijft. In de loop van het jaar 2001 worden de conclusies vertaald in consequenties voor de afzonderlijke regio's. Dan komt derhalve de vertaalslag voor de situatie in Flevoland in beeld.

Verskillende ontwikkelingen maken het noodzakelijk goed te anticiperen op de beschikbaarheid en paraatheid van de ambulancehulpverlening in de komende jaren. Maatregelen door zowel de verzekeraars als de overheid zijn hiervoor nodig.

Transmurale zorg en ketenzorg

Een groot deel van de patiënten in de curatieve zorg krijgt te maken met een zorgaanbod, dat door meerdere instellingen wordt geleverd. Die instellingen zullen in toenemende mate (als gevolg van trends als specialisatie, veralgemenisering van onderdelen van specialistische zorg) nauw moeten samenwerken. In die relatie tussen instellingen speelt vooral de verwijzing naar en ontslag uit een algemeen ziekenhuis: soms alleen via een poliklinische spreekuur, in andere gevallen via een klinische opname. Maar ook in de relatie met de eerste lijn, verpleeghuis of revalidatiecentrum speelt deze ontwikkeling. In al die gevallen wordt het in toenemende mate belangrijk dat de betrokken organisaties en beroepsbeoefenaren goed met elkaar communiceren. Het gaat dan om zowel de zaken die met de overdracht van de patiënt te maken hebben als om de verdeling van taken. In de meeste gevallen is het maken van bilaterale afspraken tussen beroepsbeoefenaren over een groep patiënten voldoende. Een gebruikelijke term hiervoor is circuitvorming.

Samenwerking kent echter ook aspecten die boven het niveau van afspraken uitstijgen, vooral als er meer dan twee organisaties bij betrokken zijn of als het gaat om gecompliceerde, langdurige zorg. De samenwerking tussen organisaties in de eerste en tweede lijn staat dan centraal: ketenvorming. Een keten is dan een juridische structuur, die een optimale aansluiting van zorgvormen regelt via sturing van zorgprocessen.

De organisatie van de transmurale zorg kan op verschillende manieren worden ingevuld. Als voorbeeld: gaat de huisarts naar het ziekenhuis of gaat het ziekenhuis of de specialist de wijk in? In de meeste gevallen ligt de eerste mogelijkheid het meest voor de hand. In een ziekenhuis komt dan een zgn. transferpunt, waar de medische en praktische zaken rond opname en ontslag worden gecoördineerd. Een ander voorbeeld is de wijze waarop het waken van familie bij stervende patiënten wordt georganiseerd. De mogelijkheden om dit thuis te doen zijn aanwezig, maar als een patiënt op zaal ligt zijn ziekenhuizen hier meestal niet op ingericht.

Voor de patiënten is het echter van belang, dat transmurale zorg niet leidt tot een starre en ondoorzichtige verschijningsvorm waar de individuele zorggebruiker nauwelijks meer zicht op heeft. Het te leveren zorgaanbod wordt in dat geval niet bepaald door de individuele zorgvraag maar door het zorgaanbod van een instelling of door de geaggregeerde zorgvraag van een doelgroep. Behalve dat inzicht is wellicht van nog groter belang, dat de individuele zorgvrager mede het traject bepaalt, zicht heeft tot wie hij zich kan wenden, de patiënt kwalitatief goede zorg ontvangt en dat hij in organisatorisch opzicht zo min mogelijk last heeft van verschillende opeenvolgende behandelingen door bijvoorbeeld huisarts, specialist en de fysiotherapeut. Individuele zorgarrangementen zullen dan uitkomst bieden, waarbij als leidraad geldt: "doen wat je zegt en zeggen wat je doet".

Afgezien van de wijze waarop instellingen samenwerken is het succes van de transmurale zorg ook afhankelijk van de mate waarin er verschillen zijn in financieringswijze. Die verschillen kunnen een grote invloed hebben op het moment waarop de patiënt van de ene naar de andere instelling wordt verwezen.

Enkele randvoorwaarden voor het goed functioneren van een dergelijke opzet zijn:

- duidelijkheid tussen het ziekenhuis en andere organisaties over de aandoeningen en onderwerpen waarop een transmurale organisatie betrekking moet hebben;
- afspraken over de wijze waarop dat wordt ingevuld en georganiseerd;
- een zo licht en overzichtelijk mogelijke organisatiestructuur van de samenwerking;
- het goed informeren van patiënten over alle aspecten van de samenwerking;
- het verkleinen (en verdwijnen?) van verschillende vormen van financiering.

Vraagsturing in de zorg zal grote invloed hebben op de wijze waarop organisaties in de zorg hun samenwerking organiseren. Er zal in toenemende mate sprake (moeten) zijn van het formaliseren van afspraken, hetgeen vooral voor meervoudige en langdurige zorg zal leiden tot de vorming van zorgketens. Voor de patiënt kunnen dergelijke ketens leiden tot een verbetering van de kwaliteit van zorg, zonder dat de schakels in de keten (lees de afzonderlijke instellingen / beroepsbeoefenaren) als eilanden worden ervaren.

Personeelsproblematiek

Op dit moment zijn er grote knelpunten in de beschikbaarheid van huisartsen, verloskundigen, tandartsen en bepaalde specialisten. Er moet nu en in de toekomst veel aandacht wordt besteed aan het aantal en de kwaliteit van de beroepsbeoefenaren in de zorg. De belangrijkste oorzaken van het tekort zijn:

- toename van de zorgvraag (o.a. door vergrijzing van de bevolking);
- toename van het aantal beroepsbeoefenaren in deeltijdfuncties, toenemende behoefte aan enerzijds specialisatie en anderzijds generalistische kennis (vgl. transmurale zorg)
- een relatief eenzijdige leeftijdsopbouw van met name (tand-)artsen in deelgebieden 1 en 2, waardoor er binnen 5 jaar grote tekorten kunnen ontstaan als gevolg van uittreding door pensionering;
- het te kleine aantal opleidingsplaatsen voor diverse beroepsgroepen;
- de noodzaak om het op peil brengen en houden van het zorgaanbod ten opzichte van de groei van het inwonertal. Dit betekent, dat in feite in alle zorgsectoren en gedurende lange tijd het zorgaanbod en daarmee het aantal medewerkers in de zorg in Flevoland moet worden uitgebreid.

De mogelijkheden om hier op korte termijn op regionaal niveau maatregelen te nemen zijn over het algemeen beperkt of liggen buiten de invloedssfeer van Flevolandse organisaties. Zo zijn de huidige tekorten aan bijvoorbeeld medisch specialisten niet snel op te lossen vanwege de gemiddeld lange opleidingsduur.

Toch zijn er verschillende aangrijpingspunten voor de partijen in Flevoland om actie te ondernemen. Zorgorganisaties in Flevoland hebben via het oprichten van Flevo Select invulling gegeven aan een mobiliteitsbureau. Andere activiteiten als het oprichten van dienstencentra voor behandelaars in de eerste lijn kunnen goede randvoorwaarden bieden in het kader van het vestigingsbeleid. Ook scholing en training is in dit verband van belang. Het benutten en verder ontwikkelen van stage- en opleidingscapaciteit in Flevoland zelf (zowel HBO als Universitair) kan een belangrijke bijdrage leveren aan de benodigde instroom van nieuw personeel. Tenslotte hebben gemeenten en provincie de mogelijkheid om in het kader van bevordering van de leefbaarheid maatregelen te nemen die positief kunnen uitwerken op het vestigingsklimaat voor beroepsbeoefenaren in de eerste lijn. Dan kan worden gedacht aan het beschikbaar stellen van tijdelijke huisvesting of het stimuleren van het gecombineerd gebruik maken van ruimten door verschillende beroepsbeoefenaren.

De belangrijkste factor die de komende jaren de curatieve zorg in Flevoland zal beïnvloeden is waarschijnlijk de personeelsproblematiek. Het is daarom van groot belang, dat de partijen in Flevoland hierop actie ondernemen: meer dan nu al het geval is! De veeleisende en mondige burger zal hierdoor in toenemende mate worden geconfronteerd met langere wachtlijsten, grotere af te leggen afstanden, een beperktere artsenkeuze en wellicht hogere kosten. Een gezamenlijke inspanning vanuit de zorg, ondersteund door Arbeidsvoorziening en opleidingsinstituten, lijkt nodig om de steeds knellender wordende situatie aan te pakken. Een specifieke (soms coördinerende) taak is weggelegd voor de gemeentelijke en provinciale overheden daar waar het de verbetering van vestigingsvoorwaarden voor beroepsbeoefenaren in de eerste lijn betreft.

Rol van de informele zorg

De invloed van de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk) in Flevoland is groot, al zijn er geen exacte gegevens over de omvang en impact ervan. De meeste tijd en inzet wordt gepleegd ten behoeve van zorgvragers in de care-sectoren (gehandicaptenzorg, GGZ en ouderenzorg), maar ook veel patiënten die gebruikmaken van de curatieve zorg krijgen ondersteuning vanuit de informele zorg. Die informele zorg wordt dan vaak ingezet aan het begin en het einde van een behandeltraject / zorgketen. Dit betekent, dat de beschikbaarheid en kwaliteit van die informele zorg grote invloed heeft op de inzet van de formele zorg.

De informele zorg is vrijwel altijd vrijwillig, zodat de formele zorg er eigenlijk niet van uit zou moeten gaan dat het beschikbaar is. Echter, het beschikken over mantelzorg is op dit moment een belangrijke indicator voor de hoeveelheid thuiszorg na een ziekenhuisopname. Omdat een deel van de informele zorg niet georganiseerd en daardoor "onzichtbaar" is, is ook de afstemming met de betaalde zorg vaak onvoldoende. Er is daarom duidelijkheid nodig om die afstemming te

verbeteren:

- nagaan "wie" welke bijdrage de informele zorg thans levert aan de curatieve zorg;
- de behoefte aan informele zorg moet bij verwijzing naar en ontslag uit het ziekenhuis aan bod komen;
- er is duidelijkheid nodig over de grenzen van de inzet van informele zorg;
- in situaties waar patiënten niet over informele zorg kunnen beschikken kan een lokaal coördinatiepunt voor informele zorg worden ingeschakeld. Deze zal hiervoor echter wel goed moeten zijn geëquipeerd.

Van belang zijn ook de demografische trends, zoals de wijziging in de huishoudensamenstelling (meer alleenstaanden, kleiner aantal kinderen per gezin), de relatief grote afstand tot familie en de individualisering van de samenleving. Aangevuld met de grote gemiddelde reistijd voor woon - werkverkeer en het grote aandeel tweeverdieners, zijn er dus diverse ontwikkelingen die in Flevoland negatieve effecten hebben op de beschikbaarheid van informele zorg en op het beroep dat op mantelzorg (verleend door (naaste) familie) kan worden gedaan. Tenslotte wordt de vanzelfsprekendheid dat bijvoorbeeld de partner mantelzorg kan bieden overigens landelijk in toenemende mate een punt van discussie.

Tijdens de themadag Flevogezond 2001 is specifiek aandacht besteed aan de positie van de mantelzorger zelf en de kwetsbare positie waarin die zich in toenemende mate bevindt. Als belangrijke aandachtspunten zijn genoemd informatieverstrekking, belangenbehartiging en ondersteuning. De lokale steunpunten Mantelzorg zullen daar in toenemende mate een rol in moeten spelen. Teneinde die rol beter te kunnen vervullen heeft de provincie voor de periode van 2 jaar budget beschikbaar gesteld om op provinciaal niveau een coördinator aan te stellen.

Twee punten zullen op korte termijn de aandacht vragen:

- 1) de positie van de informele zorg (met name verbetering van de afstemming met regulier zorg-aanbod);
- 2) de bereidheid of mogelijkheid om informele zorg te verlenen.

Verdere uitbreiding van "zorg thuis" in de toekomst lijkt alleen plaats te kunnen vinden indien de informele zorg (en daarmee de vrijwilliger of mantelzorger) een duidelijke rol krijgt in de zorg.

4.4 Conclusies

De toekomstige omvang, organisatie en spreiding van de curatieve zorg wordt sterk beïnvloed door twee ontwikkelingen: de vraag naar zorg in de toekomst en de positie van de zorgvrager zelf. Bij de zorgvraag in de toekomst zijn verschillende aspecten aan de orde. De kenmerken van de bevolking zijn zeer bepalend voor het toekomstige gebruik van curatieve zorg. Wij constateren, dat het aantal inwoners, de leeftijdsopbouw en de levensstijl (effectiviteit van preventie, zowel ten aanzien van de gezondheid als bijvoorbeeld verkeersveiligheid!!!) dan verreweg het belangrijkste zijn. Vervolgens is de aanwezigheid van (topklinisch) zorgaanbod in Flevoland zelf bepalend voor de mate waarin men in de eigen omgeving van die zorg gebruik kan maken. De horizontale en verticale vormen van samenwerking en afstemming in het zorgaanbod zijn daarbij belangrijkste structurerende elementen. Het persoonsgebonden budget (PGB) kan hierbij een stimulerende rol spelen. Tenslotte zullen onderdelen van de zorg door medisch-technologische vernieuwingen letterlijk en figuurlijk dichterbij komen.

De positie van de zorgvrager zelf zal sterker worden, zo is onze mening. Het gaat dan allereerst om de directe relatie tussen patiënt en hulpverlener. Maar ook zullen de invloed van de cliënt op de vormgeving van de zorg als geheel via patiëntenraden en het kunnen kiezen tussen hulpverleners of zorginstellingen (marktwerking) in de toekomst meer aandacht moeten krijgen.

Beide ontwikkelingen hebben een grote invloed op de organisatie en inrichting van de zorg. Die effecten zijn echter in Flevoland niet overal hetzelfde: daarvoor zijn de verschillen binnen de provincie te groot. Wij streven ernaar om in elke situatie of in elk deel van Flevoland tot de meest geëigende omvang en organisatie van de curatieve zorg te komen, zodanig dat op een doelmatige wijze de beste kwaliteit van zorg wordt geboden.

Het realiseren van dit streven is makkelijker gezegd dan gedaan. Er zijn twee grote problemen die dat realiseren steeds moeilijker zullen maken: het tekort aan personeel in de zorg en de mate waarin de informele zorg een rol kan spelen in de ondersteuning of verzorging thuis van de patiënt

voor of na een medische behandeling. Wij zijn ervan overtuigd dat knelpunten in de zorg in de verschillende delen van Flevoland vragen om een op maat gesneden oplossing. In hoofdstuk 5 worden die knelpunten benoemd, uiteraard aangevuld met voorstellen om ze op te lossen.

5. KNELPUNTEN EN OPLOSSINGEN

5.1 Inleiding

De besprekingen in de discussiebijeenkomsten, aangevuld met het overzicht van ontwikkelingen in de zorg, hebben verschillende punten opgeleverd die nadere aandacht en inzet vereisen van ons. In dit hoofdstuk hebben wij deze knelpunten verder benoemd en uitgewerkt. Wij hebben ons daarbij beperkt tot die knelpunten, waar de partijen in Flevoland werkelijk invloed op kunnen uitoefenen. Per knelpunt is de gewenste oplossingsrichting aangegeven en tevens welke partij(en) een rol moeten spelen in het oplossen ervan.

Bij het overzicht van de knelpunten hebben wij de volgende opmerkingen.

Ten eerste hebben wij de knelpunten gerangschikt naar thema. Voor zover de onderwerpen in eerdere hoofdstukken aan de orde zijn geweest, zijn ze slechts kort beschreven. Na de toelichting op het knelpunt is vervolgens de kern van het knelpunt vet gedrukt. Overigens hoeft een knelpunt niet altijd een actueel groot probleem te zijn. Ook effecten van ontwikkelingen in de komende jaren kunnen aanleiding zijn om nu alvast bepaalde activiteiten in gang te zetten. In de laatste paragraaf zijn de kernpunten en de oplossingsrichtingen in een schema weergegeven.

Ten tweede zijn twee groepen knelpunten te onderscheiden: knelpunten die betrekking hebben op situaties in heel Flevoland en knelpunten, die alleen in één van de deelgebieden van Flevoland actueel zijn. Zo zijn knelpunten, oplossingsrichtingen en betrokken partijen concreter benoemd. Ten derde zijn er geen prioriteiten aangegeven. Wij gaan er namelijk van uit, dat alle knelpunten op (vrij) korte termijn moeten worden opgelost. Hoewel voor een deel van de knelpunten die oplossing in handen is van partijen buiten de provincie (zoals het Ministerie van VWS), ligt het grootste deel van de oplossingen bij onszelf.

Tenslotte is het document Regiovisie Curatieve Zorg Flevoland niet het doel maar een middel om tot een kwalitatief goede zorg in Flevoland te komen. Alle partijen (in en buiten Flevoland!) hebben een taak in het realiseren van dat doel. Wij vinden dat de voortgang bij alle te ondernemen activiteiten en nieuwe ontwikkelingen (inclusief de effecten ervan) goed in de gaten moet worden gehouden. Daarom zullen wij nagaan op welke wijze dit het beste kan worden gedaan.

5.2 Positie van de zorgvrager

Patiënten constateren, dat er steeds minder persoonlijke aandacht is voor hun behoefte aan informatie tijdens een behandeltraject. Door de schaalvergroting in de zorg constateren zij tevens een trend van anonimisering. Er zou voor de zorgvrager één aanspreekpunt binnen de instelling of zorgketen moeten zijn om hieraan tegemoet te komen.

Er is bij patiënten behoefte aan één persoon waar men op verzoek mee kan overleggen.

Patiënten merken, dat de persoonlijke band met de huisarts en daarmee de vertrouwensrelatie minder wordt. Dit hangt samen met de veranderende rol van de huisarts binnen de zorg en dan met name het grote aantal vragen waarmee de huisarts wordt geconfronteerd.

Er komt een steeds groter verschil tussen dat wat de patiënt vraagt en hetgeen de huisartsen (kunnen) bieden.

Patiënten zouden meer verantwoordelijkheid moeten krijgen voor het zelf inkopen van zorg. De keuzevrijheid wordt zo vergroot. Echter, het inzicht krijgt in werkelijke kosten in de zorg ontbreekt vaak.

De eigen verantwoordelijkheid van patiënten voor het inkopen van zorg is (te) klein.

Op verschillende onderdelen van de zorg is Flevoland feitelijk in twee delen verdeeld: Almere en overig Flevoland. Patiënten constateren, dat de samenwerking binnen de zorg tussen die twee delen (onder andere bij de ziekenhuizen) nog te weinig gestructureerd is om de kwaliteit van zorg in geheel Flevoland op peil te houden en waar mogelijk te verbeteren.

Samenwerking kan binnen geheel Flevoland tot een betere kwaliteit in de zorg leiden.

De betrokkenheid van patiënten bij het beleid van en de ontwikkelingen binnen zorginstellingen in Flevoland laat nog te wensen over. Die betrokkenheid via cliëntenraden is wettelijk vastgelegd en is een belangrijke voorwaarde voor de realisatie van het vraaggericht zorgaanbod en daarmee op de inhoud van de zorg(keten). Cliëntenraden kunnen hierin een belangrijke rol spelen, mits die participatie inhoudelijk en financieel goed wordt geregeld. Het probleem is dat nog niet alle zorginstellingen zo'n raad hebben.

De mogelijkheid om via cliëntenraden de betrokkenheid van zorgvragers te verbeteren wordt door instellingen onvoldoende of niet benut.

De belangenbehartiging van patiënten in de curatieve zorg is voor een groot deel afhankelijk van projectfinanciering via de landelijke Stichting Patiëntenfonds. Dit leidt ertoe, dat de continuïteit van die belangenbehartiging door met name van de ZorgGebruikersBundeling Flevoland in gevaar kan komen.

De belangenbehartiging door patiëntenorganisaties moet structureel gefinancierd worden.

Integratie, ketenvorming en fusies in de gezondheidszorg zijn een algemeen verschijnsel aan het worden. Dit zal in veel gevallen de kwaliteit van zorg positief bevorderen. De vraag is echter hoe wordt omgegaan met de situatie, waarbij de zorgvrager binnen de regio een keuze kan maken tussen schillende instellingen. In Flevoland zijn als voorbeelden noemen de holding IJsselmeerzorg in deelgebieden 1 en 2, en het Flevoziekenhuis en de Zorggroep Almere in deelgebied 3. De houding van zorgaanbieders is hierin een belangrijke factor.

Keuzevrijheid kan bij geïntegreerde zorg onder druk komen te staan.

5.3 Vraag naar zorg

De overstap van aanbodgericht beleid (op basis van planningsnormen en berekeningen van functie-eenheden voor specialisten) naar een meer vraaggericht beleid stelt grote eisen aan de beschikbaarheid van voldoende en bruikbare gegevens. Het is op dit moment nog niet mogelijk om deze stap te maken, omdat nog nauwelijks aan die voorwaarde wordt voldaan. In deze regiovisie is het daardoor slechts in beperkte mate gelukt om inzicht te krijgen in de beleidsmatige vraag naar zorg in de toekomst. Alle partijen hebben een taak om de overstap mogelijk te maken. Er is vooral behoefte aan indicatoren die inzicht geven in de vraag naar zorg in de toekomst.

- Er is onvoldoende inzicht in de vraag naar curatieve zorg in Flevoland.
- De beschikbare gegevens zijn lang niet altijd bruikbaar en voor verschillende onderdelen van de zorg zijn helemaal geen gegevens beschikbaar. Goede vraag-indicatoren ontbreken.

Het ontbreekt ook aan goede kwalitatieve gegevens. Het gaat dan om het oordeel van gebruikers over de kwaliteit van zorg in algemene zin en over de wensen t.a.v. de toekomstige aard, omvang en spreiding van zorg. Hoewel er een aanzet is gemaakt om deze gegevens in beeld te brengen, moet dit worden gezien als eerste stap.

Er is te weinig inzicht in de kwalitatieve aspecten van de vraag naar zorg in de toekomst.

De demografie is een belangrijke indicator van de toekomstige vraag naar zorg: het aantal inwoners en de leeftijdsspecifieke verdeling ervan. Op basis van prognoses is het gebruik van enkele onderdelen van de zorg in de toekomst berekend. Het blijkt, dat de zorgvraag in de provincie Flevoland en dan met name in de gemeente Almere fors zal blijven groeien. Een deel van de groei in de vraag wordt veroorzaakt door de hoger wordende gemiddelde leeftijd van de bevolking. Er moet veel aandacht komen voor de wijze, waarop aan de zorg aan de door het Rijk opgelegde groei kan voldoen.

Flevoland wordt door de explosieve groei van het inwonertal (gemeente Almere) en de stijging van de gemiddelde leeftijd continu geconfronteerd met een achterstand in het aanbod van zorg.

Een tweede belangrijke bepalende factor van de vraag naar zorg is de mate waarin men ziekten of aandoeningen kan voorkomen via preventie. Keuzes van individuen over met name leefgewoonten

en deelname aan onderzoeken hebben grote invloed op toekomstig gebruik van zorg. De effectiviteit van preventieactiviteiten is echter niet altijd zo groot als gewenst. Preventie zal daarom beter gericht moeten zijn op effecten binnen bepaalde groepen van de bevolking, waaronder culturele minderheden.

Een grotere aandacht voor preventie is nodig, vooral onder bepaalde groepen van de bevolking (o.a. jongeren en minderheden).

Flevoland kent in toenemende mate activiteiten die eenmalig of voor een langere periode leiden tot een grote instroom van mensen: bezoekers van de jachthavens, recreatievoorzieningen en festiviteiten. Aan de groeiende vraag naar zorg van deze zgn. "passanten" kan steeds moeilijker worden voldaan.

De zorg aan passanten kan soms niet meer worden geleverd.
Het zorgaanbod zal hier zonnodig op moeten worden aangepast.

Er lopen verschillende initiatieven om tegemoet te komen aan de eisen, die de huidige en toekomstige situatie stelt aan de curatieve zorg in Flevoland. Maar dit zal niet genoeg zijn om voor een langere tijd aan alle ontwikkelingen tegemoet te komen. In de praktijk zal dit neerkomen op het regisseren van de schaarste.

Het ontbreekt in Flevoland aan een forum, waarin de ontwikkelingen worden besproken die de vraag en daarmee het aanbod en structuur van de zorg beïnvloeden.

5.4 Personeelsproblematiek

Vrijwel alle delen van de zorg hebben te kampen met het probleem, dat het steeds moeilijker is om voldoende (gekwalficeerd) personeel te krijgen. Deze landelijke trend komt vooral in Flevoland hard aan. Er moet namelijk niet alleen het natuurlijk verloop worden opgevangen, maar met de capaciteitsuitbreiding als gevolg van de sterke en continue groei van het inwonertal moet in feite een dubbelslag worden gemaakt. De tekorten in Flevoland treffen zowel beroepsbeoefenaren in de eerste lijn (huisartsen, verloskundigen, tandartsen), als in de tweede lijn (specialisten en (gespecialiseerde) verpleegkundigen). De implicaties van deze tekorten zijn per instelling en per deelgebied verschillend.

Ten aanzien van de beroepsgroepen in de eerste lijn speelt in de kleinere gemeenten (en kernen) het probleem, dat een vacature voor één huisarts, tandarts of fysiotherapeut vaak betekent dat er geen beroepskracht meer in de nabije omgeving beschikbaar is. Daarom is de DHV Zwolle / Flevoland nu actief om, samen met de zorgverzekeraars, het tekort aan huisartsen in deelgebieden 1 en 2 aan te pakken via het invoeren van een dienstenstructuur. Goede maatregelen voor vervanging en roosterdiensten kunnen voorkomen, dat de zittende huisartsen nog meer overbelast raken. De oprichting van huisartsenposten en telefoonposten kunnen bijdragen aan de oplossing van het knelpunt. In gebieden met vooral gezondheidscentra zijn de directe consequenties voor de patiënten kleiner en is het tekort (voor de korte termijn) makkelijker op te lossen. Toch zijn ook daar in de komende jaren grote problemen te verwachten.

Personeelstekorten in de eerste lijn hebben (acute situaties daargelaten) over het algemeen op korte termijn weinig gevolgen voor aanpalende beroepsgroepen in de zorg. Alleen het tekort aan verloskundigen leidt direct tot een grotere toeloop op de afdeling gynaecologie van het algemene ziekenhuis. Overleg tussen deze beroepsgroep, de huisartsen en de ziekenhuizen moet dan uitkomst bieden.

De schaarste aan personeel in de zorg treft vrijwel alle specialismen in de beide algemene ziekenhuizen in Flevoland, al is de situatie onderling sterk verschillend. Bij de IJsselmeerziekenhuizen en dan met name de locatie Emmeloord speelt bijvoorbeeld het probleem, dat vanwege het niet kunnen opvullen van de vacature voor een specialist die vorm van zorg feitelijk niet kan worden aangeboden. Vervanging vanuit de locatie Lelystad is lastig en vacatures kunnen direct gevolgen hebben voor het functioneren van het ziekenhuis als geheel. Een specifiek probleem is, dat met name de kleinere ziekenhuizen en ziekenhuislocaties minder aantrekkelijk zouden zijn om daar te werken. Het Flevoziekenhuis heeft een probleem van een andere orde. De in 2004 te realiseren capaciteitsuitbreiding vergt namelijk een grote toename van het aantal specialisten. Maar ook voor andere functies hebben beide ziekenhuizen te kampen met personeelstekorten, waardoor soms de hulpverlening moet worden aangepast op de beschikbaarheid van verpleegkundigen.

Er is in vrijwel de gehele zorg een zodanig tekort aan beroepskrachten, dat op korte termijn ingrijpende en soms onorthodoxe maatregelen nodig zijn. De problemen liggen in de directe sfeer (werving, scholing etc) en in het creëren van randvoorwaarden en het imago van de zorg.

5.5 Rol van de informele zorg

De beschikbaarheid en kwaliteit van de informele zorg (mantelzorg en vrijwilligerswerk) heeft grote invloed op het functioneren van de formele zorg. Ook leiden de tekorten in het zorgaanbod tot een strikter ontslagbeleid, waardoor patiënten eerder dan voorheen weer naar huis gaan. In de komende jaren is vooral die beschikbaarheid een punt van aandacht. De verschillende aspecten bepalen de mate waarin die aandacht succesvol kan zijn: werving, scholing, vergoedingen, informatievoorziening, belangenbehartiging en relatie met de reguliere zorg.

Het aangrijpingpunt voor veel aspecten ligt op het lokale niveau: de gemeente. Maar er zijn ook aspecten, waarvan de oplossing op regionaal of provinciaal niveau ligt. Het gaat dan vooral om de belangenbehartiging van de mantelzorgers en de ondersteuning van de lokale organisaties van mantelzorgers en vrijwilligers.

- Het is verwachting dat het aantal mensen dat actief is in de informele zorg in de komende jaren onvoldoende zal zijn.
- De rol van de mantelzorger en de vrijwilliger ten opzichte van de reguliere zorg is vaak onduidelijk.
- De structuur van met name de mantelzorg in Flevoland is nog onvoldoende ontwikkeld om de mantelzorger zo goed mogelijk te kunnen laten functioneren.

5.6 Structuur en organisatie van de curatieve zorg

Elke instelling of beroepsbeoefenaar in de curatieve zorg heeft een bepaald taakgebied. Er zijn verschillende ontwikkelingen die een (negatieve) invloed hebben op het functioneren of de kwaliteit van de zorg. De belangrijkste zijn het personeelstekort, schaal van de activiteiten, differentiatie in taken, uitbreiding van taken of bevoegdheden. In veel gevallen heeft de zorg te maken met een combinatie van deze (en andere) invloeden, waardoor de oplossing niet eenvoudig is. Zo is behalve in Almere en (deels) in Lelystad de werksituatie van beroepsbeoefenaren in de eerste lijn met een solopraktijk (huisartsen, tandartsen, fysiotherapeuten) zodanig, dat zich op inhoudelijk en organisatorisch gebied problemen (gaan) voordoen. Die problemen hebben niet alleen effect op de zorg, maar zijn mede bepalend voor bijvoorbeeld de leefbaarheid van de samenleving. Leden van genoemde beroepsgroepen werken wel samen, maar ze zijn lang niet altijd als individu in staat om daar wat aan te doen. Ook zien andere organisaties of partijen nog niet altijd de noodzaak en de kansen om een bijdrage te leveren aan die oplossingen.

De samenhang binnen de eerste lijn krijgt onvoldoende aandacht.

Het functioneren van de eerste lijn hangt nauw samen met dat van de tweede lijn (algemene ziekenhuizen, revalidatiegeneeskunde). In toenemende mate is er de wens en de noodzaak om de onderlinge samenhang te vergroten. Speciaal bij complexe of langdurige aandoeningen is het van groot belang om de juiste vorm van afstemming / samenwerking te vinden en te organiseren: of het nu gaat om de ontwikkeling van verplaatste ziekenhuiszorg, buitenpoliklinieken, onderlinge consultatie dan wel om integratie van eerstelijns activiteiten in het ziekenhuis (zoals via huis-artsenposten). De ketenvorming wordt daarbij nog onvoldoende als een hulpmiddel gezien.

Er moet bij complexe zorgvragen meer worden gewerkt aan integrale behandeling, ondersteuning en begeleiding van patiënten.

De tweedelijns en dan met name de algemene ziekenhuizen hebben de ambitie om voor een zo groot mogelijk deel van de bevolking de benodigde zorg te bieden. Daar staat tegenover, dat voor sommige vormen van specialistische zorg een minimale kwaliteit en omvang vereist is om die verantwoord te kunnen bieden en doelmatig te kunnen exploiteren. In de huidige situatie kennen de IJsselmeerziekenhuizen een stabilisatie of geringe groei van activiteiten, terwijl het Flevoziekenhuis binnen enkele jaren niet alleen in omvang sterk zal groeien maar ook een uitbreiding zal krijgen in het aantal (top)klinische functies (plannen voor neonatologie, nucleaire geneeskunde, radiotherapie etc). De verdere ontwikkeling van sommige functies kan alleen in

samenwerking met academische ziekenhuizen. Het aanbieden van bepaalde specialismen vereist een draagvlak dat groter is dan alleen de gemeente Almere.

De mogelijkheden voor de ontwikkeling van (delen van) topklinische functies binnen Flevoland zijn nog onvoldoende benut.

Het uitgangspunt dat in principe alle zorg binnen Flevoland beschikbaar moet zijn laat onverlet, dat men vanuit sommige delen van de provincie op ziekenhuizen in aangrenzende gebieden is georiënteerd. Een relatief lage adherentie speelt vooral in de kernen Zeewolde, Biddinghuizen, Dronten en Marknesse, als is in bepaalde situaties de bereikbaarheid met instellingen in Flevoland een belangrijke verklarende factor.

Daarnaast leidt vooral in deelgebied 1 het personeelstekort in het ziekenhuis tot een situatie, waarbij de continuïteit van de acute en chronische zorg in gevaar komt. Dit zou grote consequenties hebben voor zowel de beroepsbeoefenaren in de eerste lijn als de inwoners van dat gebied.

- In deelgebied 1 staat de basiszorg onder grote druk.
- In deelgebied 2 is de adherentie van sommige kernen relatief laag.

Een goede samenwerking met de eerste en tweede lijn is van essentieel belang voor de ambulancezorg als onderdeel van de dagelijkse spoedeisende hulpverlening. Daarnaast zal er voldoende budget beschikbaar moeten zijn om de gewenste spreiding en beschikbaarheid van deze hulpverlening te realiseren. De ambulancezorg in Flevoland is goed geëquipeerd voor de taken op dit moment vanwege het extra budget dat begin 2001 is verkregen. Maar gezien de nieuwe ontwikkelingen (de wijziging van de 15 minuten grens van "na opdracht" naar "na melding", alsmede de steeds hogere medische eisen die aan de hulpverlening ter plaatsen worden gesteld), gecombineerd met de continue groei van het inwonertal en de uitkomsten van het landelijke onderzoek en de verschuiving van acute geneeskunde van de huisarts naar de ambulancezorg, blijft het beschikbare budget voor de ambulancezorg te klein.

De effecten van deze aandacht zal door moeten werken in de inzet die nodig is voor de Grootchalige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR).

De ambulancehulpverlening vereist een continue aandacht ten aanzien van omvang, spreiding, organisatie, kwaliteit en financiering.

Zowel de dagelijkse als de niet-dagelijkse spoedeisende ambulancehulpverlening stelt steeds grotere eisen aan de afstemming met ambulancediensten in naburige provincies. Dit betreft dan met name de onderlinge bijstand in geval van onderbezetting in sommige delen van Flevoland en bij grootchalige ongevallen en rampen. Het ontbreekt structurele afspraken.

De afstemming met aangrenzende provincies over de inzet van ambulancezorg en GHOR behoeft een formele regeling.

Ook in de relaties met andere zorgsectoren is meer aandacht nodig voor afstemming en samenhang. Het gaat dan vooral om de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Vooral voor de groeiende groep ouderen wordt niet alleen de aandacht voor afstemming binnen de curatieve zorg tussen de eerste en tweede lijn steeds belangrijker, maar ook voor die met de ouderenzorg: de ontwikkeling van ketens. Gezien de verschillen in bevolkingsopbouw binnen Flevoland is de noodzaak voor die samenhang het grootst in deelgebieden 1 en 2.

De noodzaak voor een verdere ontwikkeling van de relatie tussen de eerste lijn en de GGZ is al in de regiovisie Geestelijke Gezondheidszorg genoemd. Ook deze relatie behoeft meer aandacht in de deelgebieden 1 en 2.

De inhoudelijke samenwerking met andere zorgsectoren (GGZ en Ouderenzorg) verdient verdere ontwikkeling.

5.7 Gewenste ontwikkelingen: agenda voor de toekomst

Het formuleren van knelpunten is alleen zinvol als partijen zich bereid tonen om aan de oplossingen te werken. Wij nemen de uitdaging aan om actief bij te dragen aan de oplossing van alle knelpunten. Het doel is dan om gezamenlijk en daar waar nodig in overleg met partijen buiten Flevoland de gewenste activiteiten uit te voeren. Dit gebeurt uiteraard vanuit de eigen

verantwoordelijkheid en taak van die partijen en laat onverlet, dat de afzonderlijke organisaties autonoom zijn in de wijze waarop die inzet plaatsvindt.

Wij hebben voor het overzicht de knelpunten in twee groepen verdeeld:

- algemene knelpunten, waarbij de oplossing voor het grootste deel voor de gehele provincie hetzelfde is;
- knelpunten, waarbij de oplossing ervan per deelgebied verschillend is.

Vanwege deze tweedeling lopen de in het voorafgaande genoemde knelpunten niet “één-op-één” met die in deze paragraaf weergegeven knelpunten. Tevens moet worden opgemerkt, dat voor wat betreft de knelpunten en oplossingen in deelgebied 3 (Almere) alleen de Zorggroep Almere wordt genoemd als aanbieder in de eerste lijn. Wij merken daarbij uitdrukkelijk op, dat bij de te voeren discussies ook de vrijgevestigde beroepsbeoefenaren in de eerste lijn betrokken moeten worden.

Algemene knelpunten	Gewenste ontwikkelingen
Positie van de zorgvrager	
1. Er is bij patiënten behoefte aan één persoon waar men mee kan overleggen	Initiatief zorgvragers: overleggen met zorg-aanbieders over invulling
2. Het verschil tussen de wens van de patiënt en hetgeen de huisarts kan bieden wordt groter	Initiatief zorgvragers: overleg met beroeps-groep en zorgaanbieders over invulling
3. De verantwoordelijkheid van patiënten voor het inkopen van zorg is (te) klein	Initiatief zorgvragers: overleg met zorg-verzekeraars over ontwikkeling PGB
4. Samenwerking binnen geheel Flevoland leidt tot een betere kwaliteit in de zorg	Zorgvragers participeren in het overleg over samenwerking en ketenvorming, o.a. op basis van eigen voorstellen
5. De mogelijkheid om via cliëntenraden de betrokkenheid van zorgvragers te verbeteren wordt onvoldoende benut	Initiatief zorgaanbieders: actie gericht op vorming van cliëntenraden
6. De belangenbehartiging door patiënten-organisaties moet structureel gefinancierd worden	Zorgvragers overleggen met provincie (en zorgverzekeraars?) over structurele financiering
7. Keuzevrijheid kan bij geïntegreerd zorgaanbod onder druk komen te staan	Zorginstellingen overleggen met zorgvragers en verzekeraars om de keuzevrijheid zo groot mogelijk te maken en te houden
Vraag naar zorg	
1. Er is onvoldoende inzicht in de vraag naar curatieve zorg in Flevoland	Provincie stelt een werkgroep in die de vraag naar zorg in beeld brengt
2. Vraaggegevens zijn lang niet altijd bruikbaar of beschikbaar. Goede vraag-indicatoren ontbreken	Die werkgroep doet dan voorstellen over gewenste vraagindicatoren en bijbehorende registratievormen
3. Er is te weinig inzicht in de kwalitatieve aspecten van de vraag naar zorg	Zorgvragers ontwikkelen het project “kwalitatieve zorgvraag” verder
4. Er is geen continue aandacht voor consequenties van de sterke groei van het inwonertal en stijging van de gemiddelde leeftijd voor het zorgaanbod	De werkgroep stelt scenario's op die de verwachte groei van de zorgvraag en de daarmee samenhangende ontwikkeling van het zorgaanbod in beeld brengen
5. Een grote aandacht voor preventie is nodig, vooral onder bepaalde groepen van de bevolking (jongeren, minderheden)	Op initiatief van de GGD stimuleren partijen kansrijke vormen van preventie. Verlaging van taal- en cultuurdrempels moet dan speciale aandacht krijgen.
6. Groei van toerisme en recreatie leidt tot problemen in de zorg voor passanten	Alle partijen dragen bij aan oplossingen op lokaal niveau
7. Er is op provinciaal niveau onvoldoende zicht op ontwikkelingen in de curatieve zorg en de	De 5 partijen stellen een stuurgroep in waarin actuele ontwikkelingen van vraag, aanbod en

effecten ervan voor de aard, omvang en organisatie	consequenties ervan voor de organisatie van de zorg steeds kunnen worden gevolgd (zie bijlage 4)
--	--

Personeelsproblematiek	
1. Er is in vrijwel de gehele zorg een tekort aan beroepskrachten	Zorgaanbieders gaan, zoveel mogelijk gezamenlijk, verder met gerichte acties voor werving en scholing
2. De randvoorwaarden voor het functioneren en vestigen van zorgaanbod moeten worden verbeterd	Zorgaanbieders, zorgverzekeraars, zorgvragers en gemeenten gaan na welke randvoorwaarden kunnen worden verbeterd

Rol van de informele zorg	
1. Het aantal mensen dat actief is in de informele zorg zal in de komende jaren onvoldoende zijn	Lokale steunpunten Mantelzorg en gemeenten zetten gezamenlijk activiteiten op om het tekort aan te pakken. Idem voor steunpunten vrijwilligers
2. De rol van de mantelzorger en vrijwilliger ten opzichte van de reguliere zorg is vaak onduidelijk	Lokale steunpunten Mantelzorg overleggen met zorgaanbieders over afstemming mantelzorger en hulpverlener. Idem voor vrijwilligers
3. De structuur van met name de mantelzorg in Flevoland is nog onvoldoende ontwikkeld	Steunpunten mantelzorg zoeken met provincie en gemeenten naar gewenste structuur en financiering daarvan

Ambulancehulpverlening	
1. De organisatie en de kwaliteit van de ambulancehulpverlening vereist continu aandacht	De Regionale Ambulance Voorziening zoekt met betrokken partijen naar optimaliseren van de ambulancezorg, ketenvorming staat daarbij centraal
2. De afstemming met omliggende provincies voor dagelijkse en niet-dagelijkse spoedeisende hulpverlening behoeft meer aandacht	De Regionale Ambulance Voorziening overlegt met voorzieningen in omliggende provincies over afstemming en samenwerking

Knelpunten per deelgebied	Gewenste ontwikkelingen
----------------------------------	--------------------------------

Deelgebied 1 (Noordoostpolder, Urk)	
1. De continuïteit van de hulpverlening door de eerste lijn (en dan met name van de huisarts) staat vooral in de kleinere kernen onder druk	De beroepsorganisaties (o.a. de Districts Huisartsen Vereniging) initiëren i.s.m. met zorgverzekeraars plannen gericht op verbetering van de organisatie en structuur van de eerste lijnszorg
2. Deze dreiging voor de basiszorg kan de leefbaarheid in de (kleine) kernen aantasten	Gemeenten en provincie gaan na hoe de basiszorg en daarmee de leefbaarheid in de kleine kernen kan worden ondersteund
3. De afstemming en samenwerking tussen de eerste als de tweede lijn is onvoldoende	Zorgaanbieders uit beide delen van de curatieve zorg ontwikkelen en realiseren plannen om de onderlinge samenhang en de samenwerking te verbeteren
4. De beschikbaarheid van bepaalde specialismen op de locatie Emmeloord staat onder druk	IJsselmeerziekenhuizen en zorgverzekeraars komen (na overleg met andere zorgaanbieders) met een visie op taak en functie van de locatie Emmeloord
5. De inhoudelijke samenwerking met andere zorgsectoren (GGZ, Ouderenzorg) verdient verdere ontwikkeling	IJsselmeerziekenhuizen gaat met andere zorgaanbieders na hoe samenwerking kan worden verbeterd

Deelgebied 2 (Lelystad, Dronten, Zeewolde)	
1. De continuïteit van de hulpverlening door de eerste lijn (en dan met name die van de huisarts, tandarts en verloskundige) staat onder druk	De beroepsorganisaties (o.a. de Districts Huisartsen Vereniging) initiëren i.s.m. met zorgverzekeraars plannen gericht op verbetering van de organisatie en structuur van de eerste lijnszorg
2. De afstemming en samenwerking tussen de eerste als de tweede lijn is onvoldoende	Zorgaanbieders uit beide delen van de curatieve zorg ontwikkelen en realiseren plannen om onderlinge samenhang en samenwerking te verbeteren
3. In deelgebied 2 is de adherentie van sommige kernen relatief laag	IJsselmeerziekenhuizen gaat met zorgverzekeraars, verwijzers en instellingen buiten Flevoland na wat met name voor gemeenten Dronten en Zeewolde een reële adherentie is

Deelgebied 3 (Almere)	
1. Er is behoefte aan gespecialiseerde kinderevalidatie na ontslag uit het ziekenhuis voor een orthopedische operatie	Zorggroep Almere overlegt met de gespecialiseerde revalidatiegeneeskunde
2. De relatie eerste lijn – Flevoziekenhuis wordt nog te weinig ingevuld via afspraken over gezamenlijke prestaties	Flevoziekenhuis en Zorggroep Almere gaan na voor welke aspecten afspraken over gezamenlijke prestaties mogelijk zijn
3. De taakstellende groei van Almere vereist een blijvende aandacht voor de omvang, aard en spreiding van de specialistische zorg over de gemeente	Flevoziekenhuis en zorgverzekeraars gaan continu na hoe de kwaliteit en kwantiteit van de specialistische zorg kan meegroeien met de vraag naar zorg
4. In delen van Almere wordt thuis geen verloskundige zorg meer geboden	Betrokken partijen zoeken naar oplossingen
5. De samenwerking en afstemming tussen het Flevoziekenhuis en de IJsselmeerziekenhuizen is minder intensief dan gewenst	Beide ziekenhuizen zoeken (met de zorgverzekeraars) naar nieuwe en intensievere vormen van onderlinge afstemming en samenwerking
6. De ontwikkeling van topklinische zorg wordt nog onvoldoende benut	Flevoziekenhuis zoekt (met andere partijen) naar mogelijkheden om top- klinische zorg in Flevoland te ontwikkelen

BIJLAGEN

Bijlage 1	Beleidsuitgangspunten kadernota Regiovisie Zorg Flevoland	62
Bijlage 2	Model voor gegevensverzameling in de Curatieve Zorg	64
Bijlage 3	Vooruitberekeningen Regiovisie Curatieve Zorg	65
Bijlage 4	Stuurgroep Curatieve Zorg Flevoland	70
Bijlage 5	Bevolking Flevoland naar leeftijd en gemeente voor 1998, 2000, 2005 en 2010 (per 1 januari)	72
Bijlage 6	Lijst van afkortingen	74

Bijlage 1 Beleidsuitgangspunten kadernota Regiovisie Zorg Flevoland

In de kadernota Regiovisie Zorg (1998) zijn beleidsuitgangspunten beschreven, die ook betrekking hebben op de regiovisie Curatieve Zorg. Deze uitgangspunten, aangevuld met de thema's waarop ze betrekking hebben, zijn letterlijk overgenomen uit de kadernota.

Centrale doelstelling:

- De zorgvragen van alle inwoners van de provincie Flevoland dienen in principe te worden beantwoord door zorgaanbod, dat in de provincie aanwezig is.

Zorgvrager centraal:

- Het principe van het vraaggericht zorgaanbod dient centraal te staan in alle fasen van het zorgproces. Zowel de zorgvragers als de organisaties die hun belangen behartigen dienen voldoende mogelijkheden en faciliteiten te hebben / te krijgen om de daartoe benodigde activiteiten uit te oefenen. Hiertoe is een gedragsverandering nodig bij met name de zorgvragers en de zorgaanbieders.
- Het door de zorgvrager benodigde zorgaanbod dient zoveel mogelijk in de nabijheid beschikbaar te zijn.
- Lacunes in dit zorgaanbod dienen zo snel en zo goed mogelijk te worden opgevuld. Alle partijen in de zorg hebben hierbij een taak.

Toegang tot de zorg:

- De indicatiestelling dient onafhankelijk en integraal plaats te vinden. De procedure daartoe dient snel en flexibel te zijn.
- Voor diverse zorgvragers is de afstand een drempel in de vraag of en zo ja wanneer daadwerkelijk gebruik wordt gemaakt van zorgaanbod. Het zorgaanbod dient daarom zoveel mogelijk in de eigen woonomgeving beschikbaar te zijn. Tevens dient een goede spreiding en bereikbaarheid van dit zorgaanbod te worden bevorderd.
- De gebouwen / woningen waar zorg wordt (zal worden) geboden dienen te voldoen aan de voorwaarden voor mensen met functiebeperkingen. Alle bij de regiovisie betrokken partijen hebben de mogelijkheid om een bijdrage te leveren aan de realisatie hiervan.
- Het systeem van financiering van de zorg dient geen (of zo min mogelijk) drempels en geen voorrangregelingen te bevatten die de toegang tot die zorg op het moment dat het nodig is, belemmert.

Proces van hulpverlening:

- Vanuit de wens om zo lang mogelijk in de thuissituatie te blijven dient een vergaande afstemming tussen zorgaanbieders tot stand te komen. De organisatie, omvang en kwaliteit van het zorgaanbod moet dan zo nodig worden aangepast.
- Het zorgaanbod dient goed georganiseerd te zijn, zorgvuldig afgestemd te zijn met de patiënt en vakkundig te worden uitgevoerd.
- Het zorgaanbod dient zodanig te zijn samengesteld en op elkaar te zijn afgestemd, dat het in principe alle onderdelen van de zorgvraag tegemoet komt. Een belangrijk aspect daarbij is dat het zorgaanbod transparant is.
- Het zorgkantoor dient (voor de langdurige en onverzekerbare zorganspraken) de zorgvraag die voortkomt uit de zorgbrede benadering in financiële zin mogelijk te maken.
- Preventie is voor alle vormen van zorg van groot belang bij de onderkenning en de reductie van de zorgvraag en dient een integraal onderdeel te zijn van het zorgaanbod.

Integratie van zorg met andere beleidsvelden:

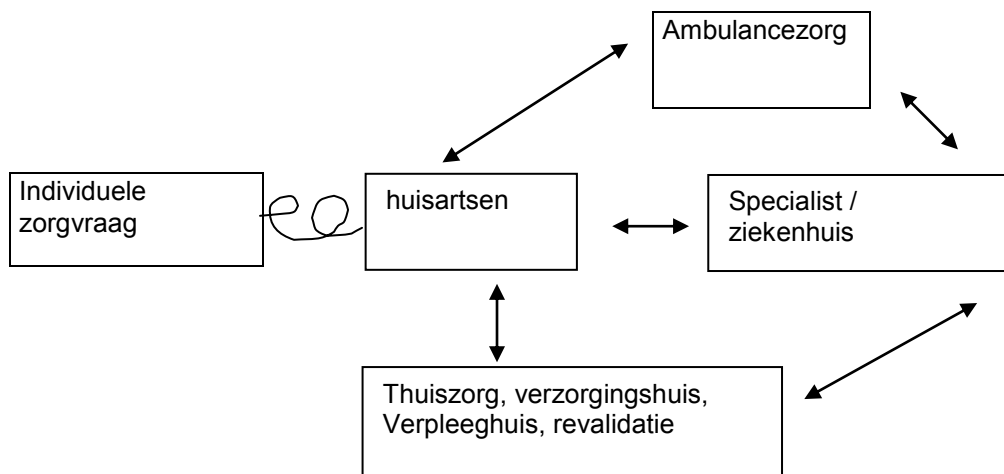
- Provincie (via het Omgevingsplan) en gemeenten (via het lokaal gezondheidsbeleid) dienen bij alle beleidsterreinen nadrukkelijker de effecten te betrekken voor gezondheid en welzijn.

Bijlage 2 Model voor gegevensverzameling in de Curatieve Zorg

Het in beeld brengen van de vraag naar en het gebruik van zorg in de curatieve zorg is een belangrijke activiteit voor de komende jaren. Wij hebben ervoor gekozen om dit te doen via de benadering, waarbij uit praktische overwegingen in eerste instantie alleen het gebruik van zorg op hoofdlijnen in beeld wordt gebracht. Het gaat dan vooral om kwantitatieve gegevens. Het model is opgesteld door GGD Flevoland, Groene Land Achmea en de provincie en zal in eerste instantie door deze organisaties worden uitgewerkt. De monitor Volksgezondheid dient als middel om de informatie te ordenen en te kunnen analyseren.

De kern van dit model is, dat het zorggebruik zo veel mogelijk in onderlinge samenhang wordt gezien. Immers: de zorgvrager komt vaak in aanraking met verschillende instellingen. Het is daarom van belang om niet alleen het gebruik binnen één instelling te meten, maar ook het gebruik bij aanpalende instellingen. De gang van de patiënt door de zorgketen wordt daarmee zo goed mogelijk in beeld gebracht. Op dit moment zijn de mogelijkheden daarvoor maar in beperkte mate aanwezig. Met name het ontbreken van een hierop afgestemde registratiesystematiek speelt ons parten.

In het volgende vereenvoudigde model zijn de gewenste meetpunten met blokken weergegeven. Maar ook de veelvoorkomende relaties tussen die blokken, hier aangegeven met pijlen, moeten als meetpunten gaan dienen:



Afgezien van de gegevens voor deze meetpunten moet aanvullende informatie worden verkregen over de demografische situatie in Flevoland, teneinde de gezondheidstoestand van de Flevolandse in kaart te kunnen brengen. De demografische gegevens worden uitgewerkt voor verschillende geografische gebieden in Flevoland (tenminste op het niveau van de gemeente), leeftijdscategorieën

(0-14, 15-44, 45-64, 65-74, 75+) en geslacht. Ook de rol van de mantelzorg en het vrijwilligerswerk zal inzichtelijk moeten worden gemaakt. Gegevens over de kwalitatieve aspecten van de zorgvraag worden in overleg met de ZorgGebruikersBundeling verzameld, onder andere via het houden van panels onder zorgvragers.

Bijlage 3 Vooruitberekeningen Regiovisie Curatieve Zorg

In hoofdstuk 2 zijn voor verschillende onderdelen van de curatieve zorg gegevens gepresenteerd over de zorgvraag en het zorggebruik in de afgelopen jaren. Het was onze bedoeling om vervolgens via scenario's voor verschillende onderdelen van de zorg voorspellingen te maken over het gebruik van zorg in de toekomst. Echter, omdat deze berekeningen niet te maken waren in het kader van het opstellen van deze regiovisie is afgezien van het opstellen van die scenario's. Om toch meer inzicht te krijgen in en greep te krijgen op het zorggebruik in de toekomst hebben wij voor enkele onderdelen al wel toekomstberekeningen gemaakt. Bij die berekeningen merken wij echter op, dat het alleen gaat om het extrapoleren van gerealiseerd gebruik op basis van de groei van het inwonertal van Flevoland. Er kunnen derhalve geen conclusies worden getrokken over de toekomstige vraag naar zorg en de consequenties daarvan voor het te ontwikkelen zorgaanbod.

Ambulanceritten

Voor het totale beroep dat na een ongeval of (acute) aandoening op een ambulance wordt gedaan (en daarmee in de meeste gevallen naar een ziekenhuis in Flevoland wordt gebracht) geeft het aantal declarabele ritten de meeste informatie. In het Regionaal Ambulanceplan (RAP) Flevoland 2000 – 2005 wordt daarvoor uitgegaan van een vaste verhouding tussen het aantal declarabele ritten en het inwonertal: 35,4 per 1.000 inwoners. Het RAP voorspelt dat het aantal van die ritten tussen 2000 en 2005 zal groeien van 11.413 tot 13.089. Als deze lijn wordt doorgetrokken, dan is het volgende te maken:

	2000	2005	2010
Aantal ritten	11.413	13.089	14.783

Het lineair doortrekken van het cijfer uit 2000 (dat weer is gebaseerd op de productie in 1998 en 1999) is niet helemaal terecht. De veroudering van de bevolking die in de periode tot en met 2010 zal optreden wordt dan niet meegenomen, zodat het aantal declarabele ritten hoger zal liggen. Ook is het maar de vraag of de groei van de bevolking gelijk zal lopen met die van de te verwachten mobiliteit en daarmee samenhangend met bijvoorbeeld het aantal verkeersongelukken.

De consequenties van de spoedeisende ambulanceritten voor de ziekenhuizen in Flevoland zijn ook (zij het beperkt) in beeld te brengen. Van alle spoedeisende ritten kende in 1998 en 1999 ongeveer 66 % als bestemming een ziekenhuis in Flevoland: 34 % naar het Flevoziekenhuis en 32 % de IJsselmeerziekenhuizen. Uitgaande van de ontwikkeling van het aantal ritten en deze verhouding in bestemming van de ritten is voor 2005 en 2010 de volgende schatting te maken:

	2000	2005	2010
Flevoziekenhuis	3.880	4.783	5.683
IJsselmeerziekenhuizen	3.649	4.017	4.417
Totaal	7.529	8.800	10.100

Uiteraard hangt de bestemming van deze ritten samen met de mogelijkheden van de ziekenhuizen om spoedgevallen op te nemen: zowel qua opnamecapaciteit als mogelijkheid om bepaalde handelingen uit te voeren. Zeker gezien het feit dat het Flevoziekenhuis te Almere vanaf 2003 fors groter zal zijn is de verwachting, dat het aantal ritten met die bestemming in 2005 en in 2010 hoger zal liggen dan nu is berekend. Overigens is het aandeel van de spoedopnamen ten opzichte van het totaal aantal opnamen en de consequenties van dergelijke opnamen voor het aantal bezette bedden niet bekend.

Huisartscontacten

Het aantal keren dat per jaar contact met de huisartspraktijk wordt opgenomen is tussen 1996 en 1998 toegenomen van 5,7 naar 6,2: een stijging die bij alle leeftijdscategorieën en verzekeringsvormen optreedt. Een deel van de contacten met de huisartspraktijk is echter met de assistente, zodat in 1998 de patiënten gemiddeld 3,9 keer met de huisarts zelf in contact zijn geweest. Deze

informatie komt uit het landelijk informatie netwerk Huisartsen (LINH), dat is gebaseerd op de gegevens van ongeveer 70 huisartspraktijken in Nederland.

Naar leeftijd gezien zijn er grote verschillen te noteren. De leeftijdsgroep 65 jaar en ouder heeft gemiddeld meer dan 11 keer contact met de huisartspraktijk, terwijl dit bij de mensen in de leeftijdsgroep 5 tot en met 44 jaar op gemiddeld 4 contacten ligt. De groep tot en met 4 jaar heeft gemiddeld 5 keer contact met de huisartsenpraktijk. Deze verschillen vertonen overigens een grote gelijkenis met de ontwikkeling van de kosten voor gezondheidszorg, zoals die door het RIVM in beeld zijn gebracht.

De ziekenfondsverzekerden hebben gemiddeld iets vaker contact met de huisartspraktijk dan de particulier verzekerden. Bij beide verzekeringsvormen hebben vrouwen gemiddeld meer contacten dan mannen. Landelijk is een daling te zien in het aantal nieuwe verwijzingen naar een medisch specialist afgegeven door een huisarts. Deze daling vindt alleen plaats bij ziekenfondsverzekerden: tussen 1996 en 1998 is het totaal aantal afgegeven verwijzingen gedaald van 202 naar 175 per 1.000 ingeschreven patiënten. Voor mannen en vrouwen is die daling gelijk en is terug te vinden bij elke leeftijdsgroep. Onder particulier verzekerden stijgt dit aantal in die zelfde periode van 94 naar 107 per 1.000 ingeschreven patiënten. Deze stijging is eveneens bij elke leeftijdsgroep zichtbaar, maar is bij mannen groter dan bij vrouwen.

Als wordt gekeken naar de verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten per specialisme, dan is de dalende trend in de meeste gevallen te zien. Alleen bij urologie, reumatologie, neurologie en KNO is voor alle patiëntengroepen een stijging te zien. Opgemerkt moet worden, dat het aantal verwijzingen (en wellicht ook de daling ervan) worden verklaard door het rechtstreekse bezoek aan specialisten. (?)

Het effect van de nieuwe verwijzingen op het aantal patiënten in een ziekenhuis en beslag dat deze leggen op de bedcapaciteit is beschreven bij de informatie over de ziekenhuizen. Daar is ook beschreven wat het effect is van het beslag dat alle patiënten leggen op de capaciteit van het ziekenhuis en niet alleen de nieuwe verwijzingen. Ter oriëntatie: in 1998 bedroeg voor ziekenfondsverzekerden het aantal verlengings- en achterafverwijzingen ongeveer tweederde van het aantal nieuwe verwijzingen. Bij mannen lag dit aantal iets daar onder en bij vrouwen iets daar boven.

Van alle nieuwe verwijzingen behoeft de huisarts bij ongeveer 30 % slechts een eenmalige behandeling door een specialist, terwijl de behandeling in de meeste gevallen wordt overgenomen door de specialist. Uiteraard ligt dit per specialisme verschillend.

Vanuit landelijke cijfers zijn berekeningen te maken over het aantal bezoeken aan een huisarts en over het vervolg daarvan:

- 1) gemiddeld brengt een persoon per jaar 4 bezoeken aan een huisarts;
- 2) een kwart van de bevolking brengt in 1 jaar geen bezoek aan de huisarts;
- 3) per 1.000 ingeschreven patiënten schrijft de huisarts 200 verwijzingen naar een medisch specialist;

Als deze lijnen voor Flevoland worden doorberekend voor 2001 en 2010 (zonder rekening te houden met verschillen in leeftijdsopbouw), dan zijn de volgende uitkomsten te benoemen:

	Flevoland 2001	Flevoland 2010
Ad 1)	1.316.000 bezoeken	1.668.000 bezoeken
Ad 2)	82.250 personen	104.250 personen
Ad 3)	72.182 verwijzingen naar specialist	91.322 verwijzingen naar specialist

Fysiotherapie

Naast verwijzingen naar een specialist vinden ook binnen de eerste lijn verwijzingen plaats. Hierover zijn echter alleen betrouwbare cijfers beschikbaar voor de relatie met de fysiotherapie. De meeste verwijzingen hadden betrekking op het bewegingsapparaat. De meest voorkomende verwijsdiagnose was lage rugpijn zonder uitstraling (15 %), gevold door symptomen/klachten in de nek (11 %). Het is dan ook niet verwonderlijk, dat de meeste verwijzingen zijn voor patiënten vanaf het 40^{ste} levensjaar en dat het aandeel onder vrouwen hoger ligt dan bij mannen.

Aantal verwijzingen fysiotherapie	1998	2000	2005	2010
Totaal	20.608	22.379	26.252	30.466

Per 1.000 inwoners	70	70,5	71,5	73
--------------------	----	------	------	----

Landelijk is het aantal verwijzingen per 1.000 ingeschreven patiënten in de afgelopen jaren landelijk vrij stabiel gebleven op een gemiddelde van 77. Voor Flevoland zou dit in 1998 neergekomen zijn op 70 verwijzingen. Met de groei van het inwonertal en de wijzigingen in de leeftijdsopbouw zal het aantal verwijzingen per 1.000 inwoners groeien: tussen 1998 en 2010 met 50 %! Deze toename betekent, dat (bij een onveranderde gemiddelde grootte van de fysiotherapiepraktijk) het aantal fysiotherapeuten ook in die mate zal moeten toenemen.

Kankers

Het aantal nieuwe gevallen van alle vormen van kanker (invasieve tumoren) in Flevoland is tussen 1989 en 1998 sterk toegenomen van 587 tot 881. Deze stijgende lijn zal veroorzaakt zijn door de groei van het inwonertal en vooral door de stijging van het aandeel ouderen. Immers: vanaf ongeveer 65 jaar neemt de kans op veel vormen van kanker sterk toe. Tenslotte zullen ook de (bevolkings-) onderzoeken hebben geleid tot een toename van het aantal nieuwe gevallen van kanker, omdat ze in een eerder stadium worden geconstateerd. Binnen deze geconstateerde stijgende lijn in Flevoland fluctueert het aantal nieuwe gevallen per jaar. De grootste verschillen doen zich (vanwege de in absolute zin kleine aantallen) voor als de cijfers op gemeentelijk niveau wordt gekeken, zodat alleen cijfers op provinciaal niveau zijn gebruikt.

Voor enkele veelvoorkomende vormen van kanker (samen bijna de helft van het aantal nieuwe gevallen) is een nadere uitwerking gemaakt: borstkanker (15 %), longkanker (15 %), darmkanker (11 %), en prostaatkanker (8 %). Het algemene beeld in het voorkomen van deze vier vormen van kanker in Flevoland is, dat het aandeel van die vormen op het totaal in de afgelopen jaren weinig is veranderd. Bij de voorspelling van het aantal nieuwe gevallen in de toekomst kan daarom die verhouding aangehouden blijven worden.

De ontwikkeling van het totale aantal nieuwe gevallen van kanker voor Flevoland is weergegeven tot en met 2010, aangevuld met de gegevens voor de vier genoemde vormen van kanker. Het totaalaantal nieuwe gevallen van kanker in Flevoland is in het afgelopen decennium sterker gestegen dan de groei van het inwonertal: het aantal nieuwe gevallen is tussen 1990 en 1998 toegenomen van 3,0 tot 3,3 per 1.000 inwoners. De toename van het aandeel ouderen is hiervoor de belangrijkste verklaring.

	1990	1995	2000	2005	2010
Totaal	670	862	1.016	1.282	1.594
Borstkanker	106	158	164	205	252
Darmkanker	69	95	122	156	196
Longkanker	124	113	142	180	229
Prostaatkanker	55	68	91	117	148

De vooruitberekening is voor de jaren 2000, 2005 en 2010 gebaseerd op de landelijke leeftijds-specifieke incidentie, die de Vereniging van Integrale Kankercentra heeft opgesteld op basis van de registratiegegevens over de jaren 1992 tot en met 1996. Deze landelijke incidentie is vergeleken met de werkelijke incidentie in Flevoland. Hoewel er per jaar verschillen zijn tussen de berekende en werkelijke aantallen nieuwe gevallen zijn ze vrij klein: over de periode 1994 – 1998 gemiddeld 4 %. De relatieve groei van het aantal nieuwe kankerpatiënten per 1.000 inwoners tussen 2000 en 2010 is voor Nederland en Flevoland vrijwel gelijk. Daarmee blijft de incidentie in Flevoland nog steeds lager dan die van Nederland: respectievelijk 3,6 en 5,0 per 1.000 inwoners.

Revalidatie

Hoewel de opnamecijfers voor Flevoland alleen op 1999 betrekking hebben, is op de items “nieuwe inschrijvingen” en “klinische opnames” toch een vooruitberekening gemaakt. Daarbij is alleen rekening gehouden met het aantal inwoners in een bepaald jaar. De inschrijvingen zijn allen verzameld voor de revalidatiecentra te Huizen en Zwolle.

	1999	2005	2010
--	------	------	------

Nieuwe inschrijvingen	615	715	816
Klinische opnames	61	74	84

Algemene ziekenhuizen

Het gebruik van algemene ziekenhuizen kan op veel manieren in beeld worden gebracht, maar er zijn echter weinig indicatoren die dit op eenvoudige wijze in “één oogopslag” kunnen doen. Wij hebben er voor gekozen om (vooralsnog) gebruik te maken van de cijfers over de vijf basisspecialismen: cardiologie, chirurgie, gynaecologie, kindergeneeskunde en neurologie. Het betreft de cijfers over het jaar 1999 van het aantal ontslagen patiënten en hebben betrekking op inwoners van Flevoland die in een ziekenhuis voor een van die specialismen opgenomen zijn geweest. Het deel daarvan dat in een van beide Flevolandse ziekenhuizen is opgenomen varieert per specialisme en per gemeente, maar ligt gemiddeld tussen de 70 en 85 %..

De doorberekening naar de jaren 2005 en 2010 heeft in die zin een beperking, dat er geen rekening is gehouden met de verwachte wijzigingen in die periode in de leeftijdsopbouw van de bevolking. Naar verwachting betekent dit voor cardiologie, chirurgie en neurologie een onderschatting van de gepresenteerde cijfers en voor gynaecologie en kindergeneeskunde wellicht een overschatting. Nader onderzoek zal een concreter beeld moeten opleveren van de toekomstige vraag naar zorg.

Cardiologie	1999	2005	2010
Deelgebied 1	352	386	417
Deelgebied 2	1.046	1.108	1.225
Deelgebied 3	1.675	2.171	2.579
Flevoland	3073	3.665	4.221

Chirurgie	1999	2005	2010
Deelgebied 1	1.150	1.262	1.366
Deelgebied 2	1.832	1.941	2.146
Deelgebied 3	1.930	2.502	2.973
Flevoland	4.912	5.705	6.485

Gynaecologie	1999	2005	2010
Deelgebied 1	362	395	427
Deelgebied 2	1.481	1.569	1.735
Deelgebied 3	3.282	4.254	5.054
Flevoland	5.125	6.218	7.216

Kindergeneeskunde	1999	2005	2010
Deelgebied 1	439	482	521
Deelgebied 2	813	862	953
Deelgebied 3	1.180	1.530	1.818
Flevoland	2.432	2.874	3.292

Neurologie	1999	2005	2010
Deelgebied 1	272	299	323
Deelgebied 2	335	355	392
Deelgebied 3	448	581	690
Flevoland	1.055	1.235	1.405

Bijlage 4 Stuurgroep Curatieve Zorg Flevoland

Verschillende partijen hebben aandacht gevraagd voor de wijze waarop met de curatieve zorg in het algemeen en met de regiovisie in het bijzonder wordt omgegaan nadat de Regiovisie Curatieve Zorg zal zijn vastgesteld. Wij hebben geconcludeerd, dat vorming van een “stuurgroep Curatieve Zorg Flevoland” gewenst zou zijn.

Taak en positie

De stuurgroep heeft als taak de totstandkoming van een vraaggerichte en samenhangende Curatieve Zorg te bewerkstelligen en om betrokken partijen te stimuleren daar invulling aan te geven. Het zal zich bezig houden met diverse onderwerpen, die voor het grootste deel gericht zijn op de monitoring en (tussentijdse) evaluatie van de Regiovisie Curatieve Zorg. Het gaat dan om het initiëren, stimuleren en volgen van maatregelen en afspraken die in de regiovisie zijn vastgelegd, zoals:

- het verzamelen van informatie over de zorgvraag en over de consequenties ervan voor het zorgaanbod;
- het bevorderen van afstemming en samenwerking tussen partijen;
- het signaleren van lacunes;
- afstemming van ontwikkelingen op provinciaal niveau, zoals de continuïteit van de eerstelijns zorg op lokaal niveau.

Daarnaast heeft de stuurgroep een functie door in te spelen op die actuele ontwikkelingen in de curatieve zorg, die in principe betrekking hebben op geheel Flevoland. Immers: diverse onderdelen van deze sector spelen op bovenlokaal niveau of gaan over de relatie tussen het algemene ziekenhuis en de regio waar men voor de topklinische zorg op is georiënteerd.

Status en samenstelling

Onder verwijzing naar de taak van de stuurgroep hebben wij vastgesteld, dat het een doelgerichte en niet vrijblijvende overlegstructuur is ten behoeve van een vraaggerichte en samenhangende Curatieve Zorg in Flevoland op basis van overeenstemming en gezamenlijke activiteiten. Dit met behoud van de taken en verantwoordelijkheden van elk van de partijen afzonderlijk. De directe relatie met de Regiovisie Curatieve Zorg houdt in, dat de vijf regiovisiepartijen er zitting in zullen hebben: zorgvragers, zorgaanbieders, zorgverzekeraars, gemeenten en provincie. Deze partijen zullen worden vertegenwoordigd op het niveau van het bestuur of directie.

Wij opteren voor een samenstelling, waarbij enerzijds het aantal leden niet te groot is en anderzijds de verschillende geledingen binnen de partijen tot hun recht komen. Er wordt (vooral nog) gekozen voor de volgende samenstelling:

- zorgvragers: 3 leden;
- zorgaanbieders: 9 leden (vertegenwoordigers uit de eerstelijnszorg, IJsselmeerziekenhuizen, Flevoziekenhuis, GGD Flevoland, vertegenwoordigers uit de ouderenzorg, thuiszorg en revalidatie);
- zorgverzekeraars: 3 leden;
- gemeenten: 2 leden (portefeuillehouders Zorg, waarvan 1 fungerend als voorzitter);
- provincie: 1 lid (tevens secretaris van het platform).

Afhankelijk van de onderwerpen voor een bijeenkomst van de stuurgroep worden andere organisaties uitgenodigd.

De stuurgroep komt (gemiddeld) 2 keer per jaar bijeen. Indien daar aanleiding toe is wordt tussentijds gewerkt met werkgroepen, die bepaalde onderwerpen voorbereiden of uitwerken.

Bijlage 5 Bevolking Flevoland naar leeftijd en gemeente voor 1998, 2000, 2005 en 2010
(per 1 januari)

(nog niet digitaal beschikbaar)

Bijlage 6 Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CVA	Cerebraal Vasculair Accident
EHBO	Eerste Hulp Bij Ongelukken
GGD	Gemeenschappelijke GezondheidsDienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Grootschalige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
IKG	Informatie- en Klachtenbureau Gezondheidszorg
IPO	InterProvinciaal Overleg
NAH	Niet Aangeboren Hersenletsel
PGB	PersoonsGebonden Budget
RAP	Regionaal Ambulance Plan
RAV	Regionale Ambulance Voorziening
RIVM	RijksInstituut voor Volksgezondheid en Milieu
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
ZGB	ZorgGebruikersBundeling